



جامعة وهران 2

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس والأرطوفونيا

تخصص: علاجات نفسية

مذكرة لنيل شهادة الماستر تحت عنوان

فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج  
الرهاب الاجتماعي لدى الأرشيد

إشراف الأستاذة:

أ. طالب سوسن

من إعداد:

سعداوي حفيظة

السنة الجامعية: 2017 - 2018



# شكر وعرفان

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، الحمد لله عمرا كثيرا طيبا مباركا فيه أن وفقني للإخراج هذا العمل وإتمام خطواته فلا يسعني الآن بعد هذا الانجاز إلا أن أنسب الفضل لأهله

فأتوجه بالشكر الجزيل وعظيم الامتنان إلى أستاذتي الفاضلة الأستاذة "طالب سوسن" التي تفضلت بالإشراف على هذه الرسالة ولم ترخر جهرا في تقويم هذا العمل وتقريم النصح والمشورة، فلها كل الشكر والامتنان. كما أتقدم بالشكر إلى السادة أعضاء لجنة المناقشة واللواتي ستكونن ملاحظتهن أثرا كبيرا في إثراء وجودة هذه الرسالة. كما أشكر كل من ساهم في إتمام هذا العمل ولو بنصيحة غالية أو كلمة طيبة أو وعاء بظهر الغيب.

## ملخص الدراسة

عنوان الدراسة: "فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى الراشد"

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى حالة البالغة من العمر 54 سنة وقد تمت الدراسة بالمستشفى العسكري الجهوي لوهران بمصلحة الأمراض العقلية. ومنه جاءت إشكالية البحث على النحو التالي:

ما مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى الراشد؟

وللإجابة على تساؤل الدراسة تم صياغة الفرضية التالية:

**للعلاج المعرفي السلوكي فعالية في علاج الرهاب الاجتماعي لدى الراشد.**

وللتأكد من صحة فرضيات الدراسة استخدمت الباحثة المنهج العيادي المتمثل في الملاحظة لشبكة سيكا والمقابلة العيادية والمقاييس النفسية، كما تم استخدام مقياس ليبowitz (Liebowitz) للرهاب الاجتماعي وإعداد برنامج علاجي معرفي سلوكي حيث اعتمدت فيه الباحثة على التقنيات التالية: إعداد البناء المعرفي، الاسترخاء، التعريض والواجبات المنزلية. خلال الجلسات العلاجية بواقع جلسة واحدة في الأسبوع لمدة 3 أشهر.

وقد تم تطبيق مقياس الرهاب الاجتماعي على الحالة ثم أخذت القياس القبلي والبعدي وكانت النتائج كالتالي:

انخفضت شدة الرهاب الاجتماعي للحالة والتي قدرت بـ 50 درجة في القياس البعدي بينما كانت درجته في القياس القبلي P6 درجة وبالتالي نستنتج أن العلاج المعرفي السلوكي له أثر إيجابي في تخفيف من شدة الرهاب الاجتماعي وهذا ما يؤكد فعالية العلاج المعرفي السلوكي وهذا ما يؤكد صحة الفرضية.

## قائمة المحتويات

شكر و عرفان

ملخص الدراسة

أ ..... قائمة المحتويات

د ..... قائمة الجداول والأشكال

1 ..... مقدمة

### الجانب النظري

#### الفصل الأول: مدخل الدراسة

5 ..... 1. الإشكالية

5 ..... 2. فرضية الدراسة

6 ..... 3. أهداف الدراسة

6 ..... 4. أهمية الدراسة

7 ..... 5. المنهج المتبع

7 ..... 6. دوافع اختيار الموضوع

7 ..... 7. التعاريف الإجرائية

8 ..... 8. الدراسات السابقة

#### الفصل الثاني: الراشد

13 ..... تمهيد:

13 ..... 1-تعريف الراشد:

13 ..... 2-مراحل الرشد:

14 ..... 3-النظريات المفسرة في مرحلة الرشد:

21 ..... 4-خصائص مرحلة الرشد:

24 ..... 5-مشكلات مرحلة الرشد:

26 ..... الخلاصة:

## الفصل الثالث: اضطراب الرهاب الاجتماعي

- تمهيد: ..... 28
1. تعريف الرهاب الاجتماعي: ..... 28
2. نسبة انتشار الرهاب الاجتماعي: ..... 29
3. النظريات المفسرة للرهاب الاجتماعي: ..... 30
4. أسباب الرهاب الاجتماعي: ..... 35
5. أنواع الرهاب الاجتماعي: ..... 37
6. مظاهر الرهاب الاجتماعي: ..... 37
7. أنماط ومكونات الرهاب الاجتماعي: ..... 38
8. أعراض الرهاب الاجتماعي: ..... 41
9. المحكات التشخيصية للرهاب الاجتماعي: ..... 42
10. التشخيص الفارقي للرهاب الاجتماعي: ..... 44
11. الأضرار المترتبة عن الرهاب الاجتماعي: ..... 48
- الخلاصة: ..... 50

## الفصل الرابع: العلاج المعرفي السلوكي

- تمهيد: ..... 52
1. تعاريف العلاج المعرفي السلوكي: ..... 52
2. تحديد المفاهيم الأساسية للعلاج المعرف السلوكي: ..... 54
3. أسس العلاج المعرفي السلوكي: ..... 55
4. مبادئ العلاج المعرفي السلوكي: ..... 56
5. أهداف العلاج المعرفي السلوكي: ..... 57
6. أهم الفنيات التي يستخدمها العلاج المعرفي السلوكي: ..... 58
7. مراحل العلاج المعرفي السلوكي: ..... 63
8. تطبيق العلاج المعرفي السلوكي: ..... 64
9. التحليل الوظيفي ومراحله: ..... 64
10. استراتيجيات تدخل العلاج المعرفي السلوكي: ..... 68
11. نوعية العلاقة العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي: ..... 69

الخلاصة:.....69

## الجانب التطبيقي

### الفصل الخامس: منهجية الدراسة

تمهيد: .....72

1. الدراسة الاستطلاعية.....72

2. حدود الدراسة.....73

3. منهج الدراسة.....74

4. الأدوات المستعملة في الدراسة.....75

الخلاصة.....76

### الفصل السادس: الدراسة الأساسية

1. ملخص المقابلات والجلسات العلاجية.....78

2. تقديم الحالة.....81

3. ملخص سير الجلسات العلاجية.....85

### الفصل السابع: عرض النتائج ومناقشتها

1. عرض النتائج وتحليلها.....94

2. مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات.....95

خاتمة.....98

قائمة المصادر والمراجع.....100

الملاحق.....106

## قائمة الجداول والأشكال

### أولاً: قائمة الجداول

- الجدول رقم 1 يبين العمر الزمني والمراحل البيولوجية وكذلك المراحل الحياتية الموازية المبنية على تطور الأهداف عبر دورة الحياة. .... 16
- الجدول رقم 2 يبين مراحل نمو الراشد كما تصورها جولد. .... 19
- الجدول رقم 3 يبين الأبعاد الأربعة للنمو وأمثلة على كل منها. .... 20
- الجدول رقم 4 يوضح الفرق بين الخجل، الشخصية التجنبية والرهاب الاجتماعي: ..... 47
- الجدول رقم 5 يوضح مستوى المقابلات الدراسة الاستطلاعية وكيفية تحديد الحالة المختارة.... 73
- الجدول رقم 6 يوضح نتائج المقياس التي ساعدت على وضع التشخيص ..... 84
- الجدول رقم 7 يبين النتائج المتحصل عليها من خلال مقياس الرهاب الاجتماعي ليبowitz (Liebowitz). .... 94

### ثانياً: قائمة الأشكال

- الشكل رقم 1 يوضح التصور المعرفي للاضطرابات النفسية. .... 34
- الشكل رقم 2 يوضح مكونات الرهاب الاجتماعي نقلاً عن: ..... 40
- الشكل رقم 3 يوضح نموذج العلاج المعرفي السلوكي نقلاً عن: ..... 55
- الشكل رقم 4 يوضح استراتيجيات تستهدف القلق الاجتماعي..... 63
- الشكل رقم 5 شبكة سيكا (Grille Secca) ..... 67

مقرعة

إن حياة الإنسان تتعرض في بعض الأحيان إلى تهديدات المحيط فيصبح الفرد في تفاعل يومي مع هذه الضغوط التي يمكن أن تؤثر على الناحية الصحية والنفسية والسلوكية للفرد، فرغم التقدم العلمي الحاصل خاصة في مجال الطب والصحة لا يزال الفرد مهددا بالأمراض العضوية خاصة النفسية منها.

فالقلق يعد واحد من أكثر الأمراض أو الاضطرابات النفسية شيوعا في عصرنا هذا لما يسببه من ضغط كبير وتوتر مستمر لكثير من الأشخاص في مختلف أنحاء العالم.

ويعد القلق محورا أساسيا من محاور الدراسات النفسية على وجه العموم والصحة النفسية على وجه الخصوص، وقد اكتسب موضوع القلق تلك الأهمية لأن الإنسان بطبيعته يخاف المجهول ويتطلع إلى المستقبل ويتجه إلى كل ما يحقق أهدافه لكنه مع هذا المسار الدافع يخاف أن يصطدم بعقبة قد تقف حجر عثرة في تحقيق الأهداف. (عيد، 2000: 349).

والرهاب يمثل أحد اضطرابات القلق الأوسع انتشارا فقد أشارت بعض الدراسات أن نسبة انتشاره قد تصل إلى 20 % من سكان العالم وله أشكال متعددة ودرجات متفاوتة في الشدة ولكنها تشترك في عنصر الخوف الغير المنطقي والمستمر من موقف أو شيء لا يشكل خطرا فعليا حقيقيا على الشخص فهو خوف غير سوي وغير طبيعي إذ أنه لا يعد أمرا تكيفيا كونه يعيق توافق الإنسان مع بيئته الاجتماعية والطبيعية ومن بين أنواع المخاوف الغير الطبيعية الرهاب الاجتماعي الذي سوف يكون موضوع الدراسة. (قاسم عبد الله، 2012: 338).

وقد شهدت السنوات العشرين الأخيرة نموا مضطربا في عدد الدراسات المنهجية للرهاب الاجتماعي وهو ما يعرف أيضا باضطراب القلق الاجتماعي نتيجة تزايد حدة متطلبات الاجتماعية وارتباط هذه المتطلبات بمواقف تقييم الفرد وكفاءته وقد أظهرت الدراسات عبر العقود الماضية أن هذا الاضطراب أكثر خطورة مما كان متوقعا ويعد ثالث أكثر الاضطرابات النفسية انتشارا في الولايات المتحدة ويصنف ضمن اضطرابات القلق

التي وردت في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس وفي الدليل العاشر لتصنيف الأمراض النفسية والعقلية الصادر عن منظمة الصحة العالمية. (غزو وسمور، 2016: 59).

والرهاب الاجتماعي بوصفه خوف ملاحظ ومتواصل من موقف اجتماعي أو أداء اجتماعي واحد أو أكثر حيث يتعرض الشخص فيه للتعامل مع أشخاص لا يعرفهم أو إلى تدقيق محتمل من الآخرين يشعر الفرد بالخوف من أنه يتصرف بشكل معين قد يكون مهينا أو سببا للارتباك. (زينب، 2007: 4).

أما الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (DSM-V) يعرف الخوف الاجتماعي بأنه خوف مستمر من المواقف الاجتماعية أو مواقف الأداء التي قد يتعرض فيها الفرد لتفحص من الآخرين ويجعله يتصرف بطريقة تسبب له شعورا بالخزي والعار أو الارتباك أو يبدي أعراضا للقلق، تسبب كذلك في معاناته من الخزي والارتباك. (American psychiatrise association, 2013 :202).

وبعد تعرضي على عدة حالات تعاني من الرهاب الاجتماعي وجدت أنهم يعانون في صمت ونظرا للثأر التي يخلفها هذا الاضطراب حيث يستدعي ذلك التدخل العلاجي الفوري من أجل تحسين من حالة المصابين به جاءت هذه الدراسة لتبحث في هذا الاضطراب وتدرس مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي عند الراشد.

ولقد احتوت الدراسة على سبعة فصول حيث تناولنا في الفصل الأول المقدمة وتحديد الإشكالية والفرضيات وذكر الأهداف والأهمية. أما الفصل الثاني الخاص بالراشد فقد عرفنا مرحلة الرشد وأهم خصائصها ونظرياتها في حين كان الفصل الثالث يقوم على تعريف اضطراب الرهاب الاجتماعي وأسبابه، أعراضه وبعض النظريات وتشخيصه والفصل الرابع التي تناولنا فيه العلاج المعرفي السلوكي تعريفه، أهم تقنياته ومراحله.

أما الفصل الخامس الذي خصص للإجراءات المنهجية في حين شمل الفصل السادس عرض للدراسة الأساسية وصولاً إلى الفصل السابع وتم فيه عرض النتائج ومناقشتها على ضوء فرضيات البحث مختتماً بخاتمة، توصيات واقتراحات.

# الجانب النظري

# الفصل الأول: مدخل الدراسة

1. الإشكالية
2. فرضية الدراسة
3. أهداف الدراسة
4. أهمية الدراسة
5. المنهج المتبع
6. دوافع اختيار الموضوع
7. التعاريف الإجرائية
8. الدراسات السابقة

يعد اضطراب الرهاب الاجتماعي من أكثر الاضطرابات خطورة على حياة الفرد، فهو يؤدي إلى الشعور بالعجز بشكل واضح فالشخص غير القادر على التفاعل مع الآخرين أو التحدث أمامهم قد يفشل في أداء مسؤولياته الدراسية والمهنية ويتجنب التفاعل في المواقف الاجتماعية وهذا يؤثر على أداء الفرد لوظائفه في الحياة العامة كالانعزال والتغيب عن الدراسة والعمل.

وانطلاقاً من الواقع الذي يعاني منه الأفراد في مختلف مراحل حياتهم وخصوصاً الراشدين الذين اجتازوا مرحلة معينة من عمرهم ومحاولة المهتمين والباحثين في المساعدة والتخفيف من هذه الظاهرة وتأثيرها السلبي على حياة الأفراد فقد انبثقت الحاجة لمثل هذه الدراسة التي تتعامل مع الرهاب الاجتماعي لدى الراشدين والذي يعد من أبرز العوامل التي تؤثر سلباً في توافقهم النفسي وعلاقاتهم الاجتماعية. (غزو وسمر، 2016: 62-63).

نظراً لما تقدم ذكره نطرح التساؤل التالي:

### 1. الإشكالية

ما مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى الراشد؟

ومنه تنبثق التساؤلات الجزئية:

- هل تكون شدة الرهاب الاجتماعي مرتفعة قبل تطبيق العلاج المعرفي السلوكي؟
- هل تنخفض شدة الرهاب الاجتماعي بعد تطبيق العلاج المعرفي السلوكي؟

### 2. فرضية الدراسة

للعلاج المعرفي السلوكي فعالية في علاج الرهاب الاجتماعي لدى الراشد.

### الفرضيات الجزئية:

- تكون شدة الرهاب الاجتماعي مرتفعة قبل تطبيق العلاج المعرفي السلوكي.
- تنخفض شدة الرهاب الاجتماعي بعد تطبيق العلاج المعرفي السلوكي.

### 3. أهداف الدراسة

- دراسة فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى الراشد.
- قياس شدة الرهاب الاجتماعي لدى الراشد قبل تطبيق العلاج المعرفي السلوكي.
- دراسة أعراف الرهاب الاجتماعي والتعرف على الأفكار السلبية المرافقة له قبل تطبيق العلاج.
- قياس شدة الرهاب الاجتماعي بعد تطبيق العلاج.

### 4. أهمية الدراسة

تكمُن أهمية البحث في إلقاء الضوء على فوائد العلاج المعرفي السلوكي وذلك باستخدام مجموعة من تقنياته التي تساعد في نقص شدة ودرجة الرهاب الاجتماعي عند الراشد.

فالعلاج المعرفي السلوكي يعد واحد من الخيارات الناجحة في علاج الرهاب الاجتماعي بالمقارنة مع الطرق العلاجية الأخرى، حيث كشفت دراسات سابقة على أهمية هذا النوع من العلاجات وأنه ذو فعالية في علاج الرهاب الاجتماعي فهو يؤثر بالإيجاب على اتجاهات المرضى نحو ذواتهم ونحو الآخرين ويساعدهم على النمو النفسي والاجتماعي السوي.

## 5. المنهج المتبع

- استخدام المنهج العيادي بكل وسائله المختلفة (الملاحظة، المقابلة العيادية دراسة الحالة).
- مقياس الرهاب الاجتماعي للي بويتز (Lebowitz).

## 6. دوافع اختيار الموضوع

- تم اختياري لهذا الموضوع من بين المواضيع الجديرة بالدراسة يعود لما تستحقه هذه الدراسة من اهتمام كذا الميولات الذاتية، كما يعود اختيار الموضوع للأسباب التالية:
- إمكانية دراسة هذا الموضوع وبحثه.
  - الأهمية التي يكتسبها موضوع البحث والمتمثل في الرهاب الاجتماعي الذي أصبح يعكر حياة العديد من الأشخاص من كل الجوانب (الشخصية والعائلية والمهنية).

## 7. التعاريف الإجرائية

■ **العلاج المعرفي السلوكي:** هو علاج نفسي يدمج بين العلاج السلوكي بتقنياته والعلاج المعرفي بتقنياته التي يمكن استخدامها في التخفيف من شدة الرهاب الاجتماعي ومساعدة المرضى على التكيف من خلال تصحيح المعتقدات الخاطئة وإعادة صياغة الأفكار معرفيا وذلك من خلال التقنيات المستخدمة (إعادة البناء المعرفي، الحوار الذاتي ضبط التنفس، التعريض، الاسترخاء) خلال 13 جلسة بواقع جلسة واحدة في الأسبوع.

■ **الرهاب الاجتماعي:** هو خوف ملحوظ ودائم من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو مواقف الأداء التي يكون الشخص فيها عرضة للتفحص من قبل الآخرين فيخاف من أن يتصرف بطريقة مخزية أو أن تظهر عليه أعراض القلق التي قد تأخذ شكل نوبة هلع مرتبطة بالموقف ويدرك الشخص أن الخوف زائد أو غير معقول حسب ما ذكر في

دليل التشخيصي الإحصائي الرابع والخامس والدرجة التي يتحصل عليها المفحوص في مقياس الرهاب الاجتماعي.

▪ **الراشد:** هو الشخص الذي يمر بمرحلة الرشد التي تمتد من 21 سنة إلى 40 سنة وأتم مرحلة معينة من النضج البيولوجي والعقلي والعاطفي.

## 8. الدراسات السابقة

### ▪ دراسة أحمد متولي عمر (1993):

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة فاعلية التدريب على المهارات الاجتماعية والعلاج المعرفي السلوكي الجماعي في تخفيف الفوبيا لدى طلاب الجامعة وتكونت عينة الدراسة من (36) طالبا تراوحت أعمارهم ما بين (18 - 22) سنة وتضمن البرنامج (12) جلسة وأوضحت النتائج فعالية البرنامج في خفض الفوبيا الاجتماعية لدى طلاب الجامعة. (الغامدي، 2013: 235).

### ▪ دراسة سامي محمد هاشم (1997):

هدفت هذه الدراسة إلى تبيان فاعلية برنامج العلاج العقلاني الانفعالي مستخدمة فنيات إعادة البناء المعرفي، والواجبات المنزلية وذلك لعلاج الخوف الاجتماعي، كما أوضحت الدراسة أن البرنامج المستخدم كان له فاعليته في علاج الخوف الاجتماعي لدى طلاب الجامعة، حيث انخفضت المخاوف لديهم بصورة جوهرية بعد الجلسات وهو ما يعكس وجود فروق دالة بين مستوى الخوف الاجتماعي لدى الحالات قبل وبعد الجلسات لصالح التطبيق البعدي. (الغامدي، 2013: 232).

### ▪ دراسة أحمد جاسم (2000):

هدفت هذه الدراسة إلى بناء برنامج للتدريب على بعض المهارات الاجتماعية للمصابين بالرهاب الاجتماعي، وتألفت عينة الدراسة من طلبة الجامعة الذين تتراوح

أعمارهم بين (18 – 21) عاما وكان عددهم (313) طالبا وطالبة، منهم (133) طالبا و (180) طالبة، أما عينة البرنامج العلاجي فقد تكونت من (24) طالبا وطالبة من طلبة الدراسات الجامعية الأولية وضمت عينة البرنامج (16) طالبة و (8) طلاب بمعدل عمري قدره (19.3) عاما واستخدم الباحث مقياس الرهاب الاجتماعي ومقياس نقص المهارات الاجتماعية، وبرنامج علاجي للتدريب على بعض المهارات الاجتماعية من إعداد الباحث.

وقد طبق البرنامج لمدة (6) أسابيع بمعدل ساعة واحدة أسبوعيا، وأظهرت النتائج فاعلية التدريب على المهارات الاجتماعية بدلالة إحصائية (0.01) وذلك باستخدام اختبار مان ويتني لاختبار فرضية البحث والتعرف على فاعلية البرنامج. (بلحسني، 2011: 119).

#### ■ دراسة جون كوترو Coutroux (2000):

هدفت إلى التعرف على مدى فاعلية علاج معرفي سلوكي مقابل علاج مساند على عينة من (67) مرضى الرهاب الاجتماعي تم اختيارهم بطريقة عشوائية ضمن مجموعات، المجموعة الأولى طبق عليها العلاج المعرفي السلوكي لمدة 81 ساعة بطريقة فردية وتم إلحاقها بـ 62 ساعة للتدريب على المهارات الاجتماعية أما بالنسبة للمجموعة الثانية خضعت لعلاج مساند لمدة 12 أسبوع وقد وافق كل المرضى على عدم تعاطي أي نوع من الأدوية خلال كل فترة التجربة. (بلحسني، 2011: 118-119).

#### ■ دراسة أوتو وزملاءه Otto (2000):

هدفت إلى مقارنة أثر عقار الكلونازيبام (Clonazepam) والعلاج المعرفي السلوكي في معالجة الرهاب الاجتماعي، وهدفت إلى التعرف على المتنبئات بالاستجابات العلاجية المختلفة لدى المرضى، وقد تم استخدام دليل التشخيص المعياري الإحصائي للاضطرابات العقلية ثم تمت مراجعة الأعراض المعرفية لمجموعة من مرضى الرهاب الاجتماعي لتحديد شدتها وتكرارها بعد (4، 7، 12) أسبوعا من العلاج وقد أظهر المرضى في خلال حالتهم العلاج تحسنا ولم تظهر أي فروق بين حالات العلاج جميعها سوى ازدياد التحسن لمن

تعاطوا العقار بعد (12) أسبوعا من العلاج، كما أظهرت علاقة ارتباط سلبية بين العلاج وعودة ظهور الأمراض مما يشير إلى فاعلية هذين النوعين في علاج الرهاب الاجتماعي. (أشاهين وجرادات، 2012: 1267).

■ دراسة لينكولن وآخرون (Lincoln 2003):

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى فاعلية العلاج بنوعين مشتركين من العلاج هما العلاج بالتعريض مع إعادة البنية المعرفية في علاج الرهاب الاجتماعي، وقد تكونت عينة الدراسة من (217) مريضا من الأفراد الذين شخضوا تشخيصا أوليا بالرهاب الاجتماعي. وقد اشترك في هذه الدراسة عدد كبير من المعالجين قدر بـ (57) معالجا نفسيا موزعين على أربعة عيادات خارجية وكلهم ينتمون إلى مؤسسة كريستوف بألمانيا وأظهرت نتائج هذه الدراسة بعد ستة أسابيع من العلاج فاعلية العلاج بالتعريض وإعادة البنية المعرفية في تخفيف اضطراب الرهاب الاجتماعي لدى المرضى كما أظهرت نتائج الدراسة أنه لا توجد فروق العيادات الأربع التي أجريت فيها الدراسة. (بلحسني، 2011: 121).

■ دراسة لافوا (Lavoie 2003):

دراسة بعنوان "فاعلية التعريف للواقع والتدريب على المهارات الاجتماعية لدى المراهقين المصابين بالرهاب الاجتماعي"، سعت هذه الدراسة إلى مقارنة فاعلية هذين النموذجين من العلاج لدى (16) مراهقا يعانون من الرهاب الاجتماعي، تتراوح أعمارهم بين (14 و 18) سنة وللقيام بهذه الدراسة تم إجراء العديد من الجلسات المتابعة للتعرض للواقع والتدريب على المهارات الاجتماعية خلال 12 أسبوعا، وأظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في التأثير العلاجي النفسي لكل من التعرض للواقع والتدريب على المهارات الاجتماعية. (أشاهين وجرادات، 2012: 1269).

■ دراسة جونسون Johnson (2007):

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي (CBGT) لخفض الرهاب الاجتماعي واستهلاك الكحول لدى مجموعة من الملتحقين ببرنامج Basics العلاجي وقد تكونت عينة الدراسة من (13) فردا يعانون من الرهاب الاجتماعي ويعترفون بأنهم من مستهلكي الكحول بكثرة، وتلقى (6) مشاركين ستة جلسات بواسطة العلاج السلوكي المعرفي وبرنامج Basics بينما تلقى (9) مشاركين العلاج المعرفي السلوكي فقط ضمن ستة جلسات أيضا وبعد انتهاء العلاج خضع المشاركون لمقياس قلة التفاعل الاجتماعي (SIAS) وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في خفض الرهاب الاجتماعي وخفض استهلاك الكحول لصالح العلاج المعرفي السلوكي وبرنامج Basics معا مقابل العلاج المعرفي السلوكي وحده. (أشاهين وجرادات، 2012: 1267).

■ دراسة بلحسني وردة (2011):

هدفت هذه الدراسة إلى فحص أثر برنامج معرفي سلوكي لعلاج الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة جامعة قاصدي مرباح ورقلة في الجزائر وقد تكونت العينة من (20) طالبا من شعبة علم النفس وقد تم توزيعهم على مجموعتين الأولى تلقت البرنامج العلاجي في حين لم تتلق المجموعة الثانية أي تدخل علاجي وكانت النتائج تشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي وهنا يؤكد فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي. (بلحسني، 2011).

# الفصل الثاني: الراشر

تمهيد

1. تعريف الراشد.

2. مراحل الرشد.

3. النظريات المفسرة لمرحلة الرشد.

4. خصائص مرحلة الرشد.

5. مشكلات مرحلة الرشد.

خلاصة.

### تمهيد:

سنتناول في هذا الفصل أهم العناصر التي تشملها مرحلة الرشد حيث يتم التطرق إلى تعريف مرحلة الرشد وكذا مراحل الرشد والنظريات المفسرة لتطور مرحلة الرشد بالإضافة إلى عرض مختلف الخصائص لمرحلة الرشد ثم التعرض إلى المشكلات التي يواجهها الراشد في مسار حياته.

### 1- تعريف الراشد:

هو الشخص الذي بلغ سن الرشد أو التمييز وأتم مرحلة معينة من النضج البيولوجي والعضلي والعاطفي ويقال سن الرشد للفترة التي يصبح فيها المرء مسؤولاً عن شؤون حياته الخاصة وتوجيه نفسه بنفسه. (الفيسي، 2010: 246).

### تعريف مرحلة الرشد:

تبدأ من نهاية المراهقة مع بداية العقد الثالث من العمر تقريبا وتنتهي مع بداية مرحلة الشيخوخة التي تظهر علاماتها مع بداية العقد السابع من العمر، وهناك أيضا من يقسمها إلى مرحلتين، الأولى مرحلة الشباب وتشمل العقد الثالث والرابع ومرحلة الرشد تشمل العقد الخامس والسادس من العمر. (أبو جعفر 2014: 50).

### 2- مراحل الرشد:

وهي تمتد من 21 سنة إلى ما بعد 60 سنة حتى نهاية العمر وهي تنقسم من الناحية البيولوجية النفسية إلى ثلاث مراحل جزئية:

- أ- مرحلة الرشد المبكر: وهي تمتد من 21 سنة إلى 40 سنة.
- ب- مرحلة وسط العمر: وهي تمتد من 40 سنة إلى 60 سنة.
- ج- الشيخوخة: وهي تمتد من 60 سنة حتى نهاية العمر.

وتقسم الحياة كلها من ناحية العمل والإنتاج إلى أربع مراحل رئيسية:

- أ- مرحلة التكوين: وتمتد من هذه المرحلة من بدء الحياة إلى بدء الرشد.
- ب- مرحلة ذروة الإنتاج: وهي تمثل مرحلة الرشد المبكر التي تمتد من 12 سنة إلى 40 سنة.
- ج- مرحلة الإنتاج المتناقصة: وهي تمثل مرحلة وسط العمر التي تمتد من 40 سنة إلى 60 سنة.
- د- مرحلة الراحة: وهي تمثل مرحلة الإحالة إلى المعاش وهي من 60 سنة إلى نهاية العمر. (السيد: د.س: ص356).

### 3- النظريات المفسرة في مرحلة الرشد:

#### أ- وجهات النظر القائلة بالمرحلية في التطور في مرحلة الرشد:

من النظريات القائلة بالمرحلية في التطور في مرحلة الرشد نجد نظرية التحليل النفسي والنظرية المعرفية ونظرية إيريكسون في النمو النفسي الاجتماعي، ومن مراحل النمو النفسي الاجتماعي التي طرحتها هذه النظرية خلال مرحلة الرشد، مرحلة الألفة مقابلة الإنعزال، ومرحلة الإنتاج مقابل التبدل، ففي بدايات مرحلة الرشد تكون الألفة ممثلة في القدرة على الإلتزام اتجاه الآخرين والإنجاب، والحب والعمل هي الموضوع الرئيسي للنمو، ويكون الإنعزال ممثلاً في تجنب الإلتقاء بالآخرين وتعدد المشكلات الشخصية والسلوك المضطرب، والجمود والانكار، هو الخطر الحقيقي الذي يهدد النمو في هذه المرحلة .

أما في أواسط الرشد فتكون الإنتاجية ممثلة في الجمود والتركيز حول الذات وحب الذات المفرط والخواء النفسي، والإنغماس الذاتي.

وقد أصدر إيريكسون في عام 1980 كتاب موضوعات العمل والحب في مرحلة الرشد، أعلن فيه أن أهم موضوعين يشغلان بال الراشد والذين يتمثلان في العمل والحب. (الريماوي، 2016: 498).

أما بياجيه فقد افترض أم المرحلة الرابعة من مراحل التطور المعرفي (مرحلة التفكير الشكلي أو المجرد) التي تبدأ ما بين سن الحادية عشرة تستمر طيلة الحياة بمعنى أن تفكير الراشد لا يختلف عن تفكير المراهق إلا من حيث المحتوى والخبرات.

إلا أن الباحثين الجدد يرون أن التفكير الشكلي قد لا يظهر لدى بعض الأفراد إلى في مرحلة الرشد (هوبر وشيهان ونيمارك (Shehan, Neimark, Hooper) يرون ان الراشدين في بدايات مرحلة الرشد ينشغلون أكثر بالتفكير الشكلي مقارنة بالمراهقين، وأن تحسن التفكير المنطقي لدى طلبة الجامعة يساعد على تحسين التفكير نفسه لدى الراشد خاصة الراشدين الذين يتخصصون في مجالات أكثر تجريدا كالقانون، الفلسفة، الفيزياء والطب. (الريماوي، 2016: 499)

ومن الذين نادوا بوجود مرحلة خامسة من أمثال ريغل (Reigel) وستينبرغ (Steinberg) ولابوفي فيف (La bauvievief) فقد اتفقوا على أهم مؤثر دال على هذه المرحلة وهو القدرة على التحليل المجرد لطبيعة التفكير الشكلي ذاته سواء بشكل عام أو عند تطبيقه في مجالات محددة كالفيزياء وعلم النفس، كما اتفقوا على أن هذه المرحلة لا يشترط أن يصل إليها كل راشد والوصول إليها يعتمد على المستوى التعليمي والتربوي الذي يحصله.

أما شارلون بوهرلر (C.Buhler) التي درست وتلامذتها مسار النمو الإنساني والسيرة الذاتية الحياتية التي جمعت في فيينا عام (1930) والبحث في هذه السيرة عن التحولات والتغيرات في الاتجاهات والانجازات ونوعية الحوادث التي تتم عبر دورة الكائن الحي، وذلك بهدف استكشاف طبيعة مسار هذه التحولات والتغيرات ومقارنتها بالمسار البيولوجي للفرد، وأكدت بوهرلر وجود خمس مراحل بيولوجية توازيها خمس مراحل نهائية مبنية على أساس تطور الأهداف عبر دورة الحياة. (الريماوي، 2016: 500).

والجدول التالي يبين تلك المراحل:

العمر الزمني	المراحل البيولوجية	المراحل الحياتية الموازية
15-0 سنة	الاطراد في النمو	الطفل في البيت قبل تحديد الأهداف الذاتية
15-25 سنة	استمرارية النمو مع القدرة على الإنجاب	التحديد التجريبي للأهداف و التوسع فيها
45-25 سنة	ثبات النمو	تعريف الأهداف وتخصيصها
65-45 سنة	فقدان القدرة الجنسية	التقييم الذاتي لنتائج الكفاح من أجل تحقيق الأهداف
65 سنة -	تراجع النمو والانحدار البيولوجي	تحقيق الأهداف أو الفشل في تحقيقها، استمرارية الأنشطة السابقة، ولكن هناك احتمالية عودة ظهور الأهداف القصيرة المدى التي تتركز على اتباع الحاجات العاجلة

### الجدول رقم 1 جدول يبين العمر الزمني والمراحل البيولوجية وكذلك المراحل الحياتية الموازية المبنية على تطور الأهداف عبر دورة الحياة.

وتؤكد نظرية بوهلر بصفة عامة التوازي بين العمليات من جهة والعمليات النفسية الاجتماعية من جهة أخرى، فإطراد النمو يتم قبل تحديد الأهداف ومع ثبات النمو تتحد الأهداف ومع فقدان القدرة الجنسية يتم مراجعة ما تحقق من الأهداف، وفي فترة الانحدار البيولوجي يعلن عن تحقيق الأهداف أو الفشل في تحقيقها وظهور أهداف عاجلة، كما سجلت هذه النظرية تقدماً على المسار النفسي الاجتماعي لدى بعض الأفراد فتفوق القدرات العقلية يسمح للفرد بالاستمرارية في الإنتاجية وبدرجة عالية لبضع سنوات تالية بعد أن تبدأ قواه البيولوجية بالتدهور. (الريماوي، 2016: 500).

وفي عام (1980) سار دانسال ليفنسون (D.Levinson) على خطى بوهلر وقام بدراسة عن تطور الشخصية لدى الراشدين في منتصف العمر (40-45) واستخدام أدوات

بوهلر نفسها (سير الحياة لأناس من مستويات اجتماعية واقتصادية مختلفة)، فوصل إلى تحديد مراحل نوعية نهائية لمرحلة الرشد وجعل لكل مرحلة مطالب على طريقة هافجرهست.

ويركز الراشد في مرحلة الرشد المبكرة على تكوين الأسرة والاستقرار في العمل، ويتوقع ليفنسون أن الراشد في نهاية هذه المرحلة يحقق الاستقلالية في الاقتصاد وفي اتخاذ القرار والاستقرار في العمل.

أما في مرحلة الرشد المتوسطة (50-65 سنة) فيواجه الراشد أربعة أنواع من الصراعات:

- أ- أن يكون صغيراً مقابل أن يكون كبيراً.
- ب- أن يكون هداماً مقابل أن يكون بناءً.
- ج- أن يكون أنثوياً مقابل أن يكون ذكورياً.
- د- أن يكون إنعزالياً مقابل أن يكون اجتماعياً.

والنجاح في هذه المرحلة يتوقف على مدى نجاح الفرد في التقليل من هذه الاستقطابية وقبول كليهما بوضعهما أجزاء متكاملة لوجوده. (الريماوي، 2016: 501)

ويرى هافجرهست: أن مطالب النمو في مرحلة الرشد تتمثل في:

- اختيار شريك الحياة.
- تعلم العيش مع شريك الحياة.
- بداية تكوين أسرة.
- تربية الأطفال.
- إدارة البيت.
- البدء في مهنة.
- تولي المسؤولية المدنية.

– إيجاد مجموعة إجتماعية متجانسة ينسجم معها.

أما في مرحلة الرشد المتوسطة فالمطالب هي:

- تحقيق الدور المدني والمسؤولية الاجتماعية للكبير.
- ترسيخ مستوى إقتصادي للعيش والمحافظة عليه.
- مساعدة الصبية ليصبحوا كبارا مسؤولين ومعددين.
- تنمية الأنشطة لسد أوقات الفراغ.
- توطيد علاقة الفرد مع الزوج.
- قبول التغيرات الفسيولوجية والتطيف معها.
- التوافق مع الأبوين المسنين.

أما شيهي (Shehey) عام 1976: فكانت النتائج التي حصلت عليها عن طريق مقابلة (115) فردا ذكورا أو إناثا المصدر الرئيسي الذي اعتمدت عليه في اعتقادها بأن الجميع يمرون بمراحل النمو التي تقاس بالعمر الزمني ولكل مرحلة من هذه المراحل مشكلاتها التي لا بد أن تحل أولا قبل الانتقال إلى المرحلة التالية، وقد افترضت وجود فترة زمنية بين كل مرحلة وأخرى أطلقت عليها اسم المعبر (Passage) وترى أن الفرد يكتسب هويته الأصلية عبر هذه المعابر، ولا تعتمد هذه الهوية على سلطة أحد الوالدين أو المعايير الثقافية إنما تعتمد على جهود الراشد نفسه. (الريماوي، 2016: 502).

وقريبا من رؤية شيهي كانت رؤية جولد (R.Gould) عن النمو والتغيير في حياة الراشد (1980) ويتحدث جولد عن منتصف العمر ويقارنه بمرحلة المراهقة كمرحلة عاصفة يسودها الاضطراب، لقد درس جولد (524) رجلا وامرأة وتجمعت لديه معلومات بنى عليها مراحل نمو الراشد كما هي في الجدول التالي:

المرحلة	العمر الزمني	التطور
1	18-16	الرغبة في التخلص من السلطة الوالدية.
2	22-18	التوجه نحو الرفاق، تعلم الحياة في الأسرة.
3	23-22	تطور الاستقلالية، الالتزام بعمل وتربية الأولاد.
4	34-23	التشكك في الذات، اضطراب الدور وعدم الرضا عن الزواج والعمل.
5	43-34	تحقيق الأهداف، الوعي بمحدودية الوقت وواقعية الأهداف الحياتية.
6	53-43	الاستقرار وقبول الفرد لحياته.
7	60-53	تسامح أكبر، قبول الماضي، سلبية أقل، والحكمة.

### الجدول رقم 2 يبين مراحل نمو الراشد كما تصورها جولد.

ويعتقد جولد ان الفرد في العشرينيات يطور أدوارا جديدة وفي الثلاثينيات يتولى المسؤولية والأربعينات يشعر بسرعة الزمن، فالنضج في رؤية هو القدرة على التعامل مع التغيرات المتوقعة والمتتالية والانشغال بها إبان مرحلة الرشد. (الريماوي، 2016: 503)

### ب- وجهات النظر القائلة بالتغيير لا بالمرحلية:

نجد من النظريات نظرية التعلم الاجتماعي (باندورا) والمذهب الإنساني (ماسلو وروجرز) وترى النظرية الأولى أن التغيير في مرحلة الرشد نتاج لتفاعل الفرد المستمر مع الأفراد الآخرين، وما يكتسبه من معلومات وخبرات من هذا التفاعل، بينما ترى النظرية الثانية أن التغيير في مرحلة الرشد هو نتاج لتطور الذات، خاصة تحقيق الذات والوعي بها وهذان موضوعان أساسيان في مرحلة الرشد.

ومن النظريات التي تقول بالتغيير "التحليل الجدلي للتطور" الذي قدمه ريغل (Reigel) عام 1976 حيث أكد وجود أربعة أبعاد للنمو: البعد البيولوجي الداخلي، البعد النفسي الفردي، البعد الاجتماعي الثقافي، البعد الفيزيائي الخارجي. وكل بعد من هذه الأبعاد يتفاعل مع أبعاد أخرى من جهة، ومع عناصر أخرى موجودة داخل البعد ذاته من جهة ثانية.

فمثلا يعكس النضج النفسي تطورا بيولوجيا وتطورا في الاتجاهات والتوقعات الاجتماعية، وتطورا في الشروط الاقتصادية للحياة وتغير أي جانب من هذه الجوانب يؤدي إلى تغير في النظام الكلي للفرد كما يبين الجدول التالي: (الريماوي، 2016: 504).

البعد البيولوجي	البعد النفسي	البعد الاجتماعي	البعد الفيزيائي
الداخلي	الفردى	الثقافى	الخارجى
البلوغ	النضج	الاتجاهات الاجتماعية	الظروف الاقتصادية
الصحة	المشاعر	التوقعات الاجتماعية	الحروب
الطول	الاعتمادية	الفرص	الريف، الحصر

### الجدول رقم 3 يبين الأبعاد الأربعة للنمو وأمثلة على كل منها.

وفي عام (1981) طرح ديفيد هلتش (D.Hultsh) ودوتش فكرة "حوادث الحياة" كإطار لفهم تطور الراشد، فالحوادث الحياتية تنبئ بما حدث في النمو من تطور، ومن هذه الحوادث النفسية الاجتماعية الالتحاق بالجامعة التي تنبئ بما حدث في النمو من تطور والالتحاق بأول مهنة، والزواج والانجاب في العمر، (20-25 سنة) ثم التحاق الأولاد بالروضة (العمر 25-30 سنة) والتحول والأزمة والترقية والتحاق الأولاد بالمدرسة (العمر 30-35 سنة)، وترقية في العمل وسفر الأولاد (العمر 35-50 سنة)، العزلة ويصبح جدا (العمر 50-65 سنة)، ومن الحوادث الخاصة بالإناث، فقدان العمل، وانقطاع الطمث، ومن الحوادث المفاجئة للجنسين فقدان العمل وفقدان الوالدين.

إن الحوادث الحياتية تشكل الإطار العام لفهم النمو في مرحلة الرشد، ويتكون هذا الإطار من أربعة عناصر هي:

– الحوادث الحياتية السابقة: الزواج والترمل والحوادث وولادة طفل والالتحاق بعمل.

- متغيرات وسيطة: الصحة الجسمية والذكاء و الحوادث وولادة طفل والالتحاق بعمل.
- عملية التكيف: تقدير الخطر واستراتيجيات التعامل معه واختلاف المعلومات والسلوك والأهداف وتقييم الهدف، واتخاذ القرار والفعل.
- نواتج التكيف: التكيف الحسن والتكيف السيء. (الريماوي، 2016، 505).

#### 4- خصائص مرحلة الرشد:

##### أ- خصائص النمو الجسمي:

- يصل الفرد خلال هذه المرحلة إلى توازن وتناسق تام بين جميع مظاهر النمو الجسمي والفسولوجي كالتوازن بين نمو العضلات ونمو العظام والتوازن بين النمو العصبي والعضلي مما يؤكد الدقة في الإدراك والحركات والتناسق في الاستجابات للمثيرات المختلفة.
- اللياقة البدنية الكاملة حيث تصل القوة إلى أعلى مستوى لها خاصة قودة العضلات والعظام والجلد وكذلك الأجهزة الفسيولوجية وأوجه النمو الداخلي كافة مع السيطرة العقلية والحسية و الحركية الكاملة على جميع أنشطة وأجهزة الجسم وأطرافه المختلفة. (أبو جعفر، 2014، 145)
- الميل إلى مزاوله الأنشطة الرياضية والاهتمام بها والتخصص في الألعاب المفضلة والتفوق فيها حيث يبلغ الرياضي نجوميته خلال العقد الأولين من هذه المرحلة.

##### ب- خصائص النمو العقلي:

- يتحمل الراشد مسؤولياته القانونية والاجتماعية كافة دليل على تكامل النمو العقلي ويتحمل مسؤولية سلوكه نتيجة لإدراكه الواعي للعلاقات التي تربط بين الظواهر السلوكية وحقائق الأمور المجرد وغير المباشرة كما يستطيع إدراك المستقبل القريب والبعيد.

- يدرك الراشد المواقف بأسلوب واقعي ومنطقي وعقلاني ولم تعد الآراء والأفكار الاجتماعية والسياسية والاقتصادية مقبولة إلا بعد تمحيصها ومناقشتها وقياسها. (أبوجعفر، 2014، 145)
- لم تعد العاطفة موجهة للسلوك بل يحدث التوازن بين العقل والعاطفة ويغلب على سلوك الراشدين العقلانية والتوازن والثبات.
- تتضح خلال مرحلة الرشد القدرة على النقد البناء مع الميل إلى القراءة لدى الشرائح المتعلمة مع الجدية في مزاولة المهنة والاستمرار في صيغة أو طريقة للارتزاق الأعمال الحرة أو أحد المهن المختلفة الأخرى.
- تتضح القدرة على التركيز والتفكير المنطقي والتابعة للمواضيع والانتباه لكل جزئيات الموقف أو المشكلة أو الموضوع.
- الاهتمام بمناقشة الأحداث العامة والقومية عن طريق الأخبار أو القراءة أو الاتصال. (أبوجعفر، 2014، 146)

### ج- خصائص النمو الانفعالي:

- يتجه الراشد منذ بداية شبابه إلى الاهتمام بشريكة الحياة ويركز اهتمامه على الأمور الأسرية والزواج واتباع الدوافع والعواطف والنزعات والوجدانية عن طريق تبادل الحب مع الشريك (الزوج أو الزوجة) والأطفال الذين يشغلون الكبار ويغمرونهم باشباع عواطف الأبوة والأمومة. (أبوجعفر، 2014، 146)

- تعتبر مرحلة الرشد مرحلة التخصيص العاطفي بعد التعميم، فبينما تكثر الاهتمامات العاطفية والأصدقاء والعلاقات خلال مرحلة المراهقة، تتمحور العلاقات عند الكبار في أشخاص قلائل وعادة ما يكونوا محددتين في إطار العائلي كالزوجة والأخوة والأقارب وقلة من الأصدقاء وخاصة القدامى منهم.

- تتصف انفعالات الراشدين بالثبات الانفعالي بدلا من تقلب المراهقة وتسير نحو الاعتدال المنطقي بدلا من التطرف حتى يصبح الراشد أكثر سيطرة على انفعالاته وعواطفه ويعبر عنها دون تهور واندفاعية.
- يتصف الراشد بالقدرة على تأجيل و الاستبدال في اشباع الحاجات النفسية ولديه القدرة على اختيار الوقت المناسب لهذا الاشباع.
- الراشد لديه القدرة على الاستقرار وتحمل مسؤولية اختياراته وحتى إذا لجأ إلى مشورة أو مساعدة الآخرين فيكون ذلك عن طريق التعاون أو للضرورات التي تفرضها مسيرة الحياة.
- يتصف سلوك الراشد بالشعور بتقبل مسؤوليته والواجب ويصر على الحق ويرغب في مساعدة الآخرين.
- تكون طموحات الراشد متناسقة مع إمكانياته.
- يتقبل الراشد الواقع بطلوه ومره ويردك مرارة الحياة لن تتغير بأمني أو أحلام اليقظة ولكن تتغير بالجهد والعرق والعمل. (أبوجعفر، 2014، 147).
- د- خصائص النمو الاجتماعي:**
- يهتم الراشد بالتنظيم الجماعي أو الانتماء إلى جماعات أو منظمات تقوم بالأعمال الوطنية أو الخيرية أو الاجتماعية ويحاول دائما المساهمة في تذليل الصعاب التي تواجه المجتمع.
- يميل الراشد إلى الزعامة المبنية على المركز الاجتماعي أو الفكر وعادة ما يكون ذلك عن طريق الاقناع والافتناع والاحترام المتبادل بين أفراد الجماعة وزعيمها مع البعد عن التعصب الأعمى أو التزمت أو الأنانية.
- تكون العلاقات الاجتماعية بين الراشدين أكثر عمقا وثباتا ويسودها اللفهم والاحترام المتبادل. (أبوجعفر، 2014، 148)

## 5- مشكلات مرحلة الرشد:

## أ- المشكلات الجسمية:

تشهد بدايات الرشد في الغالب راشدين أصحاء أقوياء خاصة في العمر بين (21-30) سنة، و بالتالي لا ينتبه إلى أي مشكلات صحية، إلا أن الدراسات تشير إلى بدايات تطور بعض الأمراض الجسمية خاصة أمراض الرئتين والقلب والكلى والمفاصل والعظام والكبد.

وهذه الأمراض التي يتوقع لها أن تبدأ تأثيرها في جسم الراشد في مرحلة الرشد المتوسطة وفي مرحلة الشيخوخة، وعليه فإن الفحوص المبكرة والتدخل الوقائي قد يكون ضرورة لازمة للراشدين الصغار. (الريماوي، 2016: 549).

ومن المشكلات الصحية أيضا فقدان عدسات العين بعضا من مرونتها وتراجع القدرة السمعية في مرحلة الرشد المتوسطة، والسمنة لدى بعض الراشدين وعدم قدرة الراشد على التكيف الناجح مع الإعاقات الجسمية، إضافة إلى هذا فإن للإعاقات البيولوجية خاصة في مرحلة الرشد المتوسطة تأثيرا في نفسية الراشد، فانقطاع العادة الشهرية لدى المرأة تترك آثارا في نفسياتها، مما قد تحتاج معه إلى بعض الارشادات والتوجيهات المناسبة، كما أن التغيير الذي يطال القلب والشريان في ما بعد الأربعين من عمر الراشد يرشحه أكثر للإصابة بأمراض القلب. وتشير نتائج الدراسات في هذا المجال إلى أن (36%) من الوفيات في الولايات المتحدة تعزى إلى أمراض القلب و(22%) سببها السرطان و(17%) السكتة الدماغية، إن هذا الواقع يفرض العديد من الإجراءات الصحية لحماية الراشدين من مثل هذه الأمراض الخطرة فتطوير خدمات وقائية من أمراض القلب والسكتة والسرطان والإيدز وتطوير برامج صحية هادفة لتعديل السلوك ونشر التربية الصحية بين الراشدين. (الريماوي، 2016: 550).

### ب- المشكلات المعرفية:

من المتوقع ألا يواجه الراشد في مرحلة الرشد المبكرة مشكلات معرفية محددة، إلا أنه مع بدايات مرحلة الرشد المتوسطة تبدأ بعض المشكلات بالظهور. فالذاكرة تبدأ بالتراجع خاصة الذاكرة قصيرة المدى، وقد لوحظ أن ذاكرة الراشد تتأثر سلباً بصحته واتجاهاته السلبية وقلة استعمال ما لديه من معلومات. (الريماوي، 2016: 550)

ويرتبط تراجع الذاكرة قصيرة المدى بتراجع قدرة الراشد الإدراكية، حيث يحس بالفارق بين ما كانت عليه في المراحل العمرية السابقة وما آلت إليه في مرحلة الرشد المتوسطة. ويشعر الراشد بأن قدرته على تعلم الجديد قد تراجعت، فيرفض الخبرات الجديدة ويتمسك بالقديم منها. ومن أكثر القدرات الإدراكية انحداراً في هذه المرحلة القدرة الإدراكية البصرية وتراجع المرونة البصرية الحركية لدى الراشد.

وتشير نتائج بعض الدراسات إلى تراجع كفاية الراشد في مرحلة الرشد المتوسطة في الاستراتيجيات المستخدمة في معالجة المعلومات، وهي استراتيجية التنظيم والتصور العقلي والتوسع في المعاني، ويصير بحاجة إلى تحسين هذه الاستراتيجيات من خلال الدورات التدريبية والحوارات بين الراشدين في أماكن عملهم. (الريماوي، 2016: 551)

### ج- المشكلات الانفعالية الاجتماعية:

مشكلات الراشد في هذا المجال ذات علاقة وثيقة بالأحوال الاقتصادية والتغيرات الاجتماعية، فمعوقات الزواج ممثلة في انخفاض مدخل الراشد، وارتفاع تكلفة الزواج وأجور المساكن، وارتفاع الأسعار، وانخفاض قدرة الدولة على دعم المواطن، والتنازل التدريجي عن الخدمات الأساسية الصحية والتعليمية للقطاع الخاص. كل ذلك قد يحول دون زواج الراشد وتكوينه لأسرة.

ومن المشكلات الأخرى التي قد يواجهها بعض الراشدين جهل الوالدين المبتدئين بشؤون تربية الأولاد، وتصارع أدوارهما في رعايتهم، والعراك المستمر داخل الأسرة

والهجر والطلاق والوفاة، والانشغال عن الأطفال إضافة إلى سيادة أنماط تنشئة غير صحية، كالنمط التسلطي، والنمط التسيبي في تربية الأطفال. (الريماوي، 2016: 550)

ومن المشكلات الحادة التي قد تواجه الراشد في مستقبل عمره مشكلة البطالة ومشكلة الاضطرار للالتحاق بعمل لم يعد له، والفشل في التكيف مع متطلبات العمل والفشل في إثبات وجوده والترقي في عمله. (الريماوي، 2016: 552)

### الخلاصة:

تعتبر مرحلة الرشد مرحلة هامة من مراحل النمو الإنساني، وتمتاز بالاستقلالية وتحقيق الفرد لشخصيته وذاته.

# الفصل الثالث: اضطراب الرهاب الاجتماعي

تمهيد.

1. تعريف الرهاب الاجتماعي.
2. نسبة انتشار الرهاب الاجتماعي.
3. النظريات المفسرة للرهاب الاجتماعي.
4. أسباب الرهاب الاجتماعي.
5. أنواع الرهاب الاجتماعي.
6. مظاهر الرهاب الاجتماعي.
7. أنماط ومكونات الرهاب الاجتماعي.
8. أعراض الرهاب الاجتماعي.
9. تشخيص الرهاب الاجتماعي.
10. التشخيص التفريقي للرهاب الاجتماعي.
11. الأضرار المترتبة عن الرهاب الاجتماعي.

الخلاصة.

### تمهيد:

يتضمن هذا الفصل عرضاً للمفهوم الأساسي للدراسة والذي يتمثل في الرهاب الاجتماعي وسنتناول في هذا الفصل بالإضافة إلى مفهوم الرهاب الاجتماعي مظاهره، مكوناته، وأنماطه، أنواعه والنظريات المفسرة له والأسباب المؤدية إليه والأعراض المصاحبة له وكذا تشخيصه والآثار المترتبة له.

### 1. تعريف الرهاب الاجتماعي:

#### أ- تعريف الرهاب:

الرهاب هو خوف شديد غير معقول وغالبا يكون غير عقلاني أو هو رعب مبالغ فيه من موضوع أو موقف ما لا يمثل في حد ذاته مصدر للخطر وهذا الخوف في طبيعته بمعنى أن الشخص يدرك عدم معقوليته ومنطقيته. (الميلادي، 1988: 138).

ويعرف محمد أحمد الفضل الخاني الرهاب:

"هو خوف غير طبيعي تثيره ظروف أو مواقف أو أشياء لمجرد التعرض لها أو حتى تصورها أو التفكير فيها في حين أن هذه المواقف أو الظروف لا تستحق هذه الدرجة من الخوف أو الرهبة" (الفضل الخاني، 2006: 110).

#### ب- تعريف الرهاب الاجتماعي:

تعتبر الجمعية الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association 2000) الرهاب الاجتماعي بأنه خوف دائم غير منطقي لموقف أو عدة مواقف يتعرض فيها الفرد للنقد من الآخرين وينتج عنه تجنب لتلك المواقف ويدرك الفرد أن مخاوفه مبالغ فيها وغير معقولة. (الغامدي، 2013: 106).

ويعرف التصنيف العالمي العاشر لمنظمة الصحة العالمية للإضطرابات النفسية (ICD 10) (World Health organization) : الرهاب الاجتماعي بأنه خوف من الملاحظة والتدقيق من قبل الآخرين لتصرفات الفرد كالأكل أو التحدث أمام الآخرين فيؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية. (الغامدي، 2013: 107).

أما دافيد شيهان (David Shehyen) يعرف الرهاب الاجتماعي: "بأنه خوف من الخزي أو الارتباك في موقف اجتماعي عام وسرعان ما ينسحب المريض إلى أماكن آمنة، ويزيد من تجنب المناسبات الاجتماعية من قبل تناول الطعام أو الشراب أو الكتابة بين الناس، حيث يكون تحت الملاحظة أو مركز الاهتمام وقد يفضل الوحدة بدلاً من خروجه إلى الأماكن بصحبة الآخرين". (فايد: 2001: ص68).

أما لمبيريار وآخرون (Lemperier Th & coll) فقد اعتبروا أن الرهاب الاجتماعي هو حالة يمر بها المراهقون والراشدون من الجنسين، ممن تتسم شخصياتهم بالقلق والخجل فيظهر لديهم خوف من الحديث أو الظهور أمام الآخرين، إنه خوف موقفي ومستمر يؤدي إلى سلوكيات التجنب. (Lemperier Th & coll, 2000: 91).

ويعرف عبد العزيز القوصي: "الرهاب الاجتماعي هو حالة خوف مستديم وملحوظ في المواقف الاجتماعية أو مواقف العمل أو قد يحدث للفرد ارتباك وغالباً التعرض لهذه المواقف إلى استثارة أو استجابة قلق فورية والتي تأخذ شكل نوبة هلع يلجأ الفرد إلى تجنب المواقف الاجتماعية. (القوصي، 2002: 122).

## 2. نسبة انتشار الرهاب الاجتماعي:

هو عرض نفسي منتشر بين مختلف فئات المجتمع، ويشير حسان المالح وآخرون إلى كونه اضطراب نفسي واسع الانتشار، تصل نسبة انتشاره بين 7%-14% في المجتمعات الغربية وغيرها، ويشير فيصل الزراد أن هذا العرض يمثل 20% من مرض العصاب، في حين أشارت جريدة (Expression) اليومية السويدية أن نسبة انتشاره بين

الشعب السويدي يتراوح بين 13-15%، أما في الوطن العربي فليس هناك دراسات مسجلة شاملة تبين نسبته. (بترس، 2010: 332).

ولكن يذكر عبد الله السبيعي أن الرهاب الاجتماعي من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً في مجتمعنا بالذات، ويعتقد أنه أكثر انتشاراً فيه من أي مجتمع آخر، مع عدم وجود دراسات احصائية دقيقة لذلك. (بترس، 2010: 332).

في حين يؤكد حسان المالح وآخرون بأن بعض الدراسات في العالم العربي إضافة للملاحظات العيادية، تشير إلى أن هذا الاضطراب واسع في مجتمعاتنا العربية، وتصل نسبة المصابين به من مرضى العيادات النفسية إلى حوالي 13% من عموم المرضى المراجعين لتلك العيادات ويؤكد ذلك عبد الإله الضعيفي بقوله: "من أبرز المشكلات الصحية النفسية والاجتماعية في المجتمع هو الرهاب الاجتماعي والإكتئاب عند النساء والإدمان على عند الشباب بأنواعه وعصاب الوسواس عند النساء والإدمان عند الشباب والشابات ويتفق معي الكثير من المتخصصين في هذا المجال". (بترس، 2010: 333).

### 3. النظريات المفسرة للرهاب الاجتماعي:

#### أ- نظرية التحليل النفسي:

ترى نظرية التحليل النفسي أن الرهاب ينتج بسبب صراعات نفسية لا شعورية ولم تصل إلى حل وما يرافق ذلك من قلق يمر بها الطفل خلال مرحلة مبكرة من حياته وخاصة خلال المراحل الأوديبية (عبد الله، 2012: 343).

كما نجد أن العلاقات الاجتماعية هي الأساس في نشأة العصاب، فعندما تكون هذه العلاقات غير الملائمة ينشأ عند الطفل القلق الأساسي، الذي هو شعور بالعزلة والهجر في عالم عدائي لا يفهم الطفل. (عبد الواحد، 2012: 116)

ويفسر (Freud) "الفوبيا" عامة والمخاوف الاجتماعية بشكل أخص على أساس ليبدو معطلة، تتحول دون انقطاع إلى قلق موضوعي ظاهري، ومن ثم يصبح أقل خطر لتحوله لمثير خارجي بديل كما ترغب في الليبدو.

وبالتالي يدرس المحللون النفسيون أن المخاوف الاجتماعية تحدث بسبب اسقاط أو إزاحة لبعض الرغبات أو الدوافع اللاشعورية على موضوعات أو مواقف خارجية لأن هذه الرغبات تثير قلقاً داخلياً لا يمكن تجنبه ويرجع ذلك إلى أن مصدره في الداخل فإذا نجح الفرد في إبدالها بموضوعات خارجية فإن مصدر القلق سوف يكون خارجياً ومن ثم يمكنه تجنبه. (عبد الواحد، 2012: 117).

#### ب- النظرية السلوكية:

ترى النظرية السلوكية أن الخوف هو سلوك متعام ومكتسب وفقاً للإشراط ضمن ظروف قاسية ومؤلمة. (عبد الله، 2012: 343).

تنشأ المخاوف الاجتماعية من الوجهة السلوكية لأسباب متعددة منها:

تعرض الطفل في مراحل نموه إلى كثير من المواقف والخبرات التي تستثير وتعزز فيه بذور الخوف فالقيود التي تفرض عليه بحكم ضعفه وحاجته تشعره بهذا الضعف وهذه الحاجة والنتيجة الحتمية هي شعوره بهذه القيود وشعوره بأنه ليس حراً في نفسه وقد يكون هذا الشعور أكثر مما تتحمله ذاته فينمو الطفل مهدداً بالعقاب الذي تفرضه عليه هذه القيود إذا خرج عليها، والخوف من العقاب يستثير القلق الذي يصبح دافعاً لتحاشي هذا العقاب. (بكر، 1980: 101)

يمكن تفسير نشأة المخاوف الاجتماعية من الوجهة السلوكية، حيث تنطلق من كونها استجابة انفعالية فطرية ثم يحدث تشريط رمزي في ذهن الشخص وهذه الاستجابة التشريطية تؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية التي تثير الرعب والتوتر لدى الفرد، والتجنب هنا يخفف من القلق ولكن لا يمنع حدوث انطفاء الاستجابة بل ويتعزز الخوف بالمعززات

الثانوية (المكاسب الثانوية) وبالتالي فغن الانسحاب يكون إما انسحابا كليا من الموقف بأكمله أو أن ينسحب بشكل جزئي. (عبد الواحد، 2012: 122).

ويضيف ستمبرجير وآخرون (Stemberger et al) (1995) أن هناك أسبابا أخرى للمخاوف الاجتماعية منها السلوك المثبط والنشاط الفسيولوجي (العضوي) اللذان يحدثان في المواقف الاجتماعية الجديدة، وأن البداية المبكرة للمخاوف الاجتماعية ترجع إلى التثبيط Inhibition، والخجل الذي يطلق عليه التثبيط السلوكي قد يكون منذرا للمخاوف الاجتماعية، هذا بالإضافة إلى التغيرات الفسيولوجية التي تعيب الفرد وتمنعه من التفكير بإيجابية مما يعزز تجنبه للموقف والابتعاد عنه. (سليمان عبد الواحد، 2012: ص 123).

وخلاصة القول أن المخاوف الاجتماعية من وجهة نظر السلوكيين ترجع لأسباب متعددة منها وجود خبرات مؤلمة تعرض لها الفرد أثناء مراحل نموه وشعوره بضعفه أمام مواجهة هذه الخبرات التي تعزز مخاوفه والتثبيط السلوكي الاجتماعي والتغيرات الفسيولوجية التي تجعل الفرد لا يفكر جيدا في كيفية التصرف في هذه المواقف (تشله عن التفكير الصحيح، هذا بالإضافة إلى الخوف من التقييم والتقدير الاجتماعي السلبي من قبل الآخرين. (عبد الواحد، 2012: 126).

### ج- النظرية المعرفية:

ركزت هذه النظرية على أفكار الإنسان عن نفسه وعن الآخرين وعن المستقبل ويرى أصحابها أن السبب الأساسي للرهاب الاجتماعي لدى الفرد يكمن في طريقة تفكيره حول نفسه حيث ينظر إلى ذاته نظرة سلبية عقيمة لا إنجاز فيها وأنه غير مقبول من الآخرين وبذلك فإنه يضخم نقاط ضعفه وقصوره ويعطي انطبعا للآخرين عن أهمية آرائهم ويحاول إرضاءهم بأية وسيلة. (عبد الستار، 1983: 153).

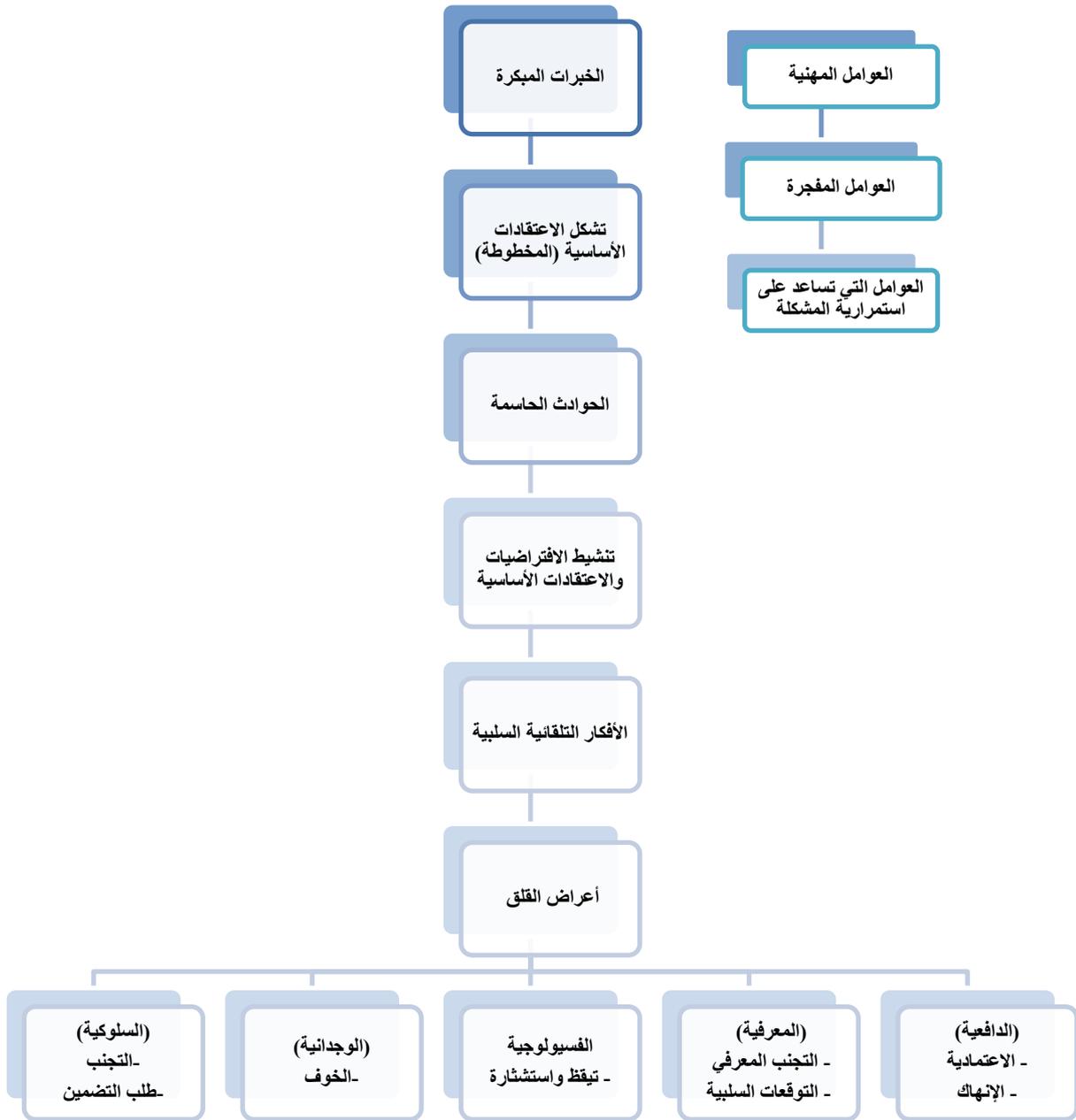
واكتشف إليس (Ellis) والعديد من الباحثين أن تلك الأفكار اللاعقلية التي يفكر بها المصاب بالرهاب الاجتماعي تشكل جزءا أساسيا من اضطرابه، ومن هذه الأفكار وما يجول

في ذهنه بأنه انسان مرفوض ومنبوذ من قبل الآخرين وأن وجوده عبء عليهم وأن كلامه لا فائدة له، وأن الآخرين يلاحقونه بانتباههم وامعان النظر فيه كي يسخروا منه. ويقوم العلاج المعرفي على استبدال تلك الأفكار السلبية بأفكار إيجابية مقبولة (عبد الستار، 1983: 154).

وعلى هذا فإن النموذج المعرفي يفترض أن الحالات المرضية المختلفة تتميز بمخططات معرفية محددة، فمثلا الاكتئاب يرتبط بالمخطط السلبي للفشل والضياع والفراغ، أما القلق يتميز بالتهديد والتوجس والغضب. (روبرت ليسي، 2006: 28)

وتعتبر الاضطرابات مثل القلق والرهابات والاكتئاب أساسا كاضطرابات في التفكير، تنتج حينما يفكر الفرد على نواحي سلبية من المواقف في حين يتجاهل أو يهمل ملامح بارزة أخرى، وبهذه الطريقة يفقد الفرد الموضوعية، ويشوه الحقيقة ونتيجة لهذه التشويهات تضعف قدرة الفرد على تخمين استجابات سلوكية متوافقة. (فايد، 2008: 95).

ويتشكل البنيان المعرفي للفرد خلال مراحل نموه ومنذ الطفولة المبكرة حيث تعمل الخبرات التي يمر بها الفرد على تشكيل عدد كبير من المخططات يتعلق البعض منها بالفرد والبعض الآخر بالبيئة والتعامل مع مثيراتها، حيث تصبح هذه المخططات الأداة التي يدرك ويفسر بها ما يمر به من خبرات وفي ذات الوقت يقرر من خلالها أي السلوكيات ستنتوي عليها ردود أفعاله تجاه واقعه، وتكون المخططات إما متكيفة أو سيئة التكيف ويعتبر المعرفيون أن هذه الأخيرة هي المسؤولة عن امكانية تعرض صاحبها للاضطرابات النفسية المختلفة والشكل الموالي يوضح التصور المعرفي للاضطرابات:



الشكل رقم 1 يوضح التصور المعرفي للاضطرابات النفسية (المحارب، 2000: 131).

## 4. أسباب الرهاب الاجتماعي:

توجد بعض الأدلة والنتائج المدعمة للنموذج البيولوجي القائل بأثر العوامل الوراثية والجسمية في الفوبيا الاجتماعية، حيث أوضحت الدراسات التي تمت على أشخاص يعانون من الاضطراب من أن الاستعداد الوراثي لتطوير المرض تكون واضحة في أسرهم، ويدعم ذلك دراسات تشيك وباص (Cheek, Buss) 1981 ودراسة تشك (1983) على التوائم المتماثلة والمتشابهة حيث وجد ارتباطاً أعلى بين مستويات القلق الاجتماعي في التوائم المتماثلة عنه بالنسبة للتوائم غير المتماثلة التركيبية وأرجعاً ذلك إلى أن درجة التشابه في التركيبية الوراثية بين التوائم بين التوائم المتماثلة أكبر منها بالنسبة للتوائم الأخوية، كما يدعم ذلك دراسة كيجان 1983 على الظروف المزاجية بين الأطفال في نهاية مرحلة المهد والذي يرجع الخجل الشديد إلى عوامل وراثية، وليس إلى الخبرات المبكرة،... كما ترتفع النسبة بين أقارب الدرجة الأولى عنها لدى المجتمع العام. (عبد الرحمن، 2000: 256)

## ومن أسباب الرهاب الاجتماعي أيضاً:

- قد تنشأ المخاوف باعتبارها خبرة اشتراطية شديد في الحياة المبكرة للفرد كما يرى السلوكيون.
- عادة ماتكون استجابة الخوف نتيجة إزاحة مخاوف عامة إلى رمز يستطيع الفرد بعد ذلك تجنبه بسهولة فمثلاً: الشعور بالشك وانعدام الأمن قد يزاح إلى الخوف من الأماكن المرتفعة (الخوف من السقوط) ومن هنا يستطيع المريض أن يعالج خوفه ببساطة بأن يتجنب الأماكن المرتفعة، ولكن إذا كان الخوف الداخلي شديداً وفعالاً فسوف يمنع هذه الحيلة الدفاعية (الإزاحة) بخلف سلسلة كاملة من المخاوف التي تنتمي بشلل المريض نفسياً.
- قد تنشأ الفوبيا كوسيلة لحماية المريض من الرغبات اللاشعورية المستهجنة فمثلاً قد يظهر الخوف على امرأة ما عند وجودها بمفردها، ذلك الخوف الذي يحميها

من احتمال القيام بعلاقات جنسية خارج حياتها الزوجية، تلك العلاقة التي ترغب فيها لا شعوريا، كما يرى أنصار التحليل النفسي. (مصطفى، 2012: 339)

– ينشأ الرهاب عن خبرة مرضية صادمة وضاعطة، تولد خوفا شديدا وعادة ما تحدث في مرحلة الطفولة.

تكون هذه الخبرة عادة مشحونة بموقف وسلوك مشين (سلوك فعلي، أو قلق أو صراع نفسي) ولهذا السبب يتجنب الفرد التفكير فيها أو مناقشتها مع الآخرين مما يعني كبتها ونسيانها. (عبد الله، 2012: 344).

ويشير (الصيخان ابراهيم) بأنه يوجد عدة أسباب للرهاب الاجتماعي يذكرها كالتالي:

- مشاعر النقص الاجتماعية والناجمة عن النقص المادي أو المكانة الاجتماعية أو ضعف النسب.
- أسلوب التربية كالدلال أو التشدد في المعاملة.
- عدم الشعور بالأمان وعدم تلبية الحاجات الأمنية والإحساس بالخوف أو التهديد بشكل مستمر.
- نشأة الطفل في أسرة خجولة أصلا.
- ضعف الثقة في النفس: وهو خلل ناتج عن انعدام الشعور بالأمن مما يسبب عدم الجرأة والتردد في اتخاذ القرار وانعقاد اللسان أثناء الحديث (مناقشات، اجتماعات،...) وهو نتاج مشاكل تربوية أو اجتماعية (ابراهيم، 2010: 98).
- الفشل المتكرر وعدم وجود الدعم لتخطي مرارة الفشل.
- الاعتماد الزائد على الغير.
- التدليل الزائد.
- تعرض الإنسان للنقد المستمر والتوبيخ ممن حوله. (ابراهيم، 2010: 99).

## 5. أنواع الرهاب الاجتماعي:

### أ- الرهاب البسيط:

هو خوف غير منطقي من شيء محدد أو موقف محدد مثلا الخوف من الحيوانات والحشرات أو الخوف من الأماكن العالية وقد يكون اخوف شديدا أو مزعجا.

ويكون هذا الخوف مستمر من الموقف المثير للخوف عدا الخوف من حصول نوبات فزع أو الخوف من الالهانة والاحراج في مواقف اجتماعية معينة لذا يتجنب المصاب هذا الموقف أو يتحمله رغم ما يحصل معه من قلق شديد وهذا السلوك التجنبي يؤدي إلى تأثير سلبي على نظام حياته وأنشطته الاجتماعية وعلاقته مع الآخرين. (أبو حجلة، 2005: 33-34).

### ب- رهاب الأماكن المفتوحة أو الواسعة: (Agoraphobie)

يسميه بعض علماء النفس "رهاب المساح" أي الخوف من التواجد في المساحات ويحدث هذا الرهاب إما مع نوبات هلع وقلق حاد أو بدون نوبات هلع ولكن الأول أكثر حدوثا من الثاني، وغالبا ما يبدأ في أواخر المراهقة (حوالي سن العشرين)، وقد يحدث بعد ذلك أيضا، وخلال تطور الاضطراب فإن الشخص يبقى حبيس المنزل مقيدا فيه بلا خروج ويتجنب المواقف والمواضع والأمكنة مما يؤثر ذلك في عمله وأدائه اليومي، يحاول الشخص أن يخفف من القلق الذي يعانيه عن طريق تناول الكحول أو تناول المهدئات لدرجة الاعتياد والإدمان. (عبد الله، 2012: 339-340).

## 6. مظاهر الرهاب الاجتماعي:

- الخوف المستمر الذي يرافقه أعراض أخرى كالصداع وألم الظهر واضطرابات المعدة والاحساس بالعجز والشعور بالقلق والتوتر.
- خفقان القلب والشعور بالنقص وتحسبب العرق واحمرار الوجه.

- الاندفاع وسوء التصرف والاجهاد.
- ومن مظاهره أيضا التصنع بالشجاعة والوساوس والأفعال القسرية.
- الامتناع عن بعض مظاهر السلوك العادي وخوف الفرد من الوقوع في الخطأ أمام الآخرين كما يزيد خوفه كلما ازداد عدد الحاضرين وليست كثرة الناس شرطا لحدوث الرهاب الاجتماعي. (بطرس، 2010: 333).

إذ أنه يحدث الرهاب للفرد عند مواجهة شخص كحواره مع رئيسه في العمل مثلا، وليس بالضرورة أن تكون كل هذه المظاهر تصاحب كل حالة رهاب ولكن تتفاوت بحسب الحالة ودرجة الرهال وعمر الحالة وطبيعة البيئة التي يعيش فيها الفرد. (بطرس، 2010: 334).

## 7. أنماط ومكونات الرهاب الاجتماعي:

### أ- أنماط الرهاب الاجتماعي:

هناك أنماط متعددة للمخاوف الاجتماعية، فهناك من يصنفها إلى نمطين (عام، خاص)، وهناك من يصنفها على أنها مخاوف اجتماعية انطوائية ومخاوف اجتماعية عصابية وسيوضح ذلك فيما يلي:

- **النمط العام:** نجد أن المرضى من هذا النمط يكون لديهم مخاوف من معظم أو كل المواقف الاجتماعي وهو بهذا الشكل يتطابق مع اضطراب التجنب. (متولي، 1993: 28)
- **النمط الخاص ( النوعي):** وينطبق على الأشخاص الذين يخافون من مواقف اجتماعية معينة دون الآخرين، مثل الخوف من الأكل أو الشرب أو الكتابة أو التحدث أمام الآخرين، أو أي مواقف نوعية أخرى يكون فيها الشخص موضع ملاحظة وتقييم من الآخرين. (متولي، 1993: 29).

ويوفق "مجدي عبد الكريم" (1996) بين الأشخاص ذوي النمطين (العام والخاص) فأصحاب النمط العام يتسمون بعيوب في الأداء العام مثل الحرج عند هذا الأداء، في حين

يتسم أصحاب النمط الخاص بالشعور الذاتي بعدم الارتياح وبالاستثارة الداخلية وبالقلق والحساسية للذات، وكذلك الخوف من التقييم السلبي. (مجدي، 1996: 3).

### ب- مكونات الرهاب الاجتماعي:

يشتمل الرهاب الاجتماعي على مكونين أساسيين هما:

- **قلق التفاعل:** وهو عبارة عن القلق الناشئ من التفاعل المتوقع بين الفرد والآخرين وهو يحدث نتيجة الخجل أو التفاعل مع أناس جدد أو غربا.
- **قلق المواجهة:** وهو عبارة عن القلق الناشئ من المواجهة غير المتوقعة ويظهر ذلك من خلال التحدث والاتصال. (السيد، 2001: 54).

في حين يرى "ستيهان" أن المكونات الأساسية للرهاب الاجتماعي كالاتي:

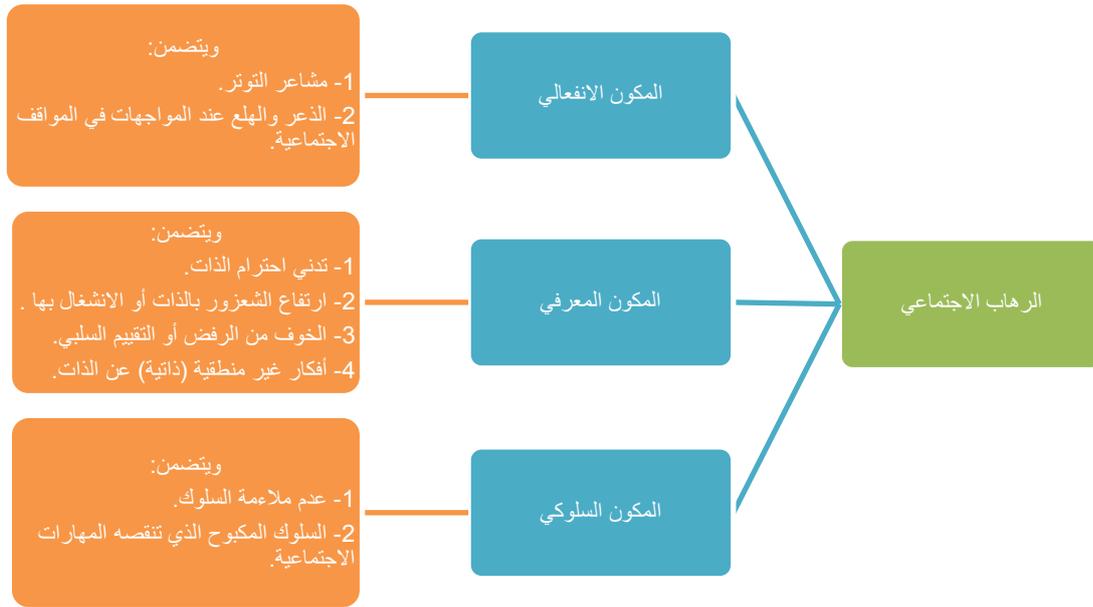
- قصور في مجالات المهارات الاجتماعية.
- اتجاهات سلبية أو غير سوية للشخص تجاه نفسه.
- مركب من الخوف الاجتماعي والكف المصبوغ بدرجة عالية من المظاهر الانتقالية والفسولوجية. (ستيهان، 1989: 14).

بينما يرى "رضوان" أن المكونات الأساسية للرهاب الاجتماعي هي:

- مكون فسيولوجي: ويشير هذا المكون إلى ظهور بعض الأعراض الفسيولوجية على الأفراد ذوي الرهاب الاجتماعي وذلك عندما يواجهون أحد المواقف الاجتماعية أو حتى مجرد التفكير في هذه المواقف.
- مكون معرفي: ويشير هذا المكون إلى الاعتقادات والأفكار السلبية والافتراضات والتوقعات غير التوافقية لدى الفرد فالفرد المعرفي يلعب دورا حاسما في استمرار وبقاء الرهاب الاجتماعي.

– مكون سلوكي: ويتضمن السلوكيات التي يستخدمها الأشخاص ذوي الرهاب الاجتماعي بهدف محاولة التحكم في الموقف وخفض مستوى القلق لديهم.  
(رضوان، 2001: 49).

ويمكن توضيح المكونات الثلاث للرهاب الاجتماعي في الشكل الموالي:



الشكل رقم 2 يوضح مكونات الرهاب الاجتماعي نقلا عن : (Baron R A, 1989, p393)

## 8. أعراض الرهاب الاجتماعي:

هناك مجموعة من الأعراض التي تظهر على المصابين بالرهاب الاجتماعي عند التعرض للمواقف الاجتماعية التي تثير قلقهم وهذه الأعراض تختلف من شخص إلى آخر، فلا يعاني جميع المصابين من نفس الأعراض الفسيولوجية أو السلوكية وفيما يلي بعض هذه الأعراض المصاحبة للفرد المصاب بالرهاب الاجتماعي:

### أ- الأعراض المعرفية:

يدرك الفرد المصاب بالرهاب الاجتماعي أن ما يشعر به من انزعاج غير منطقي، ولكن مع ذلك لا يستطيع أن يتجاهله، وتكون اللاعقلانية واضحة للفرد المصاب بالرهاب الاجتماعي تكون مخيفة بالنسبة لهم ويميلون إلى تفسير الأشياء بحوار ذاتي سلبي ويضعون لأنفسهم معايير عالمية الأداء.

وتتضمن الأعراض المعرفية أفكار الفرد وتقييماته لذاته والوعي المفرط والاستغراق في الذات، وتوقع الظهور بشكل لبق أمام الآخرين مع توقع استهجانهم والانزعاج من النقد والملاحظة السلبية. (غزو وسيمور، 2016: 59).

### ب- الأعراض السلوكية:

يتبنى الأفراد المصابون بالرهاب الاجتماعي سلوكيات تتميز في مجملها بتحقيق هدف مشترك، وهو محاولة التحكم في الموقف وخفض مستوى القلق مثل الهدوء وقلة الحديث والهروب من المواقف الصعبة وتجنبها، وتعد السلوكيات الآمنة إحدى المكونات السلوكية للرهاب الاجتماعي وهي أساليب متنوعة ومرتبطة بالتقييم السلبي تهدف إلى تجنب حدوث نتائج سلبية، مثل تقليل التواصل البصري أثناء الموقف الاجتماعي وامسك الأشياء بإحكام لإخفاء ارتجاف اليدين وارتداء ملابس خفيفة حتى لا يحدث التعرق (غزو وسيمور، 2016: 60).

### ج- الأعراض الفسيولوجية:

عند مواجهة المواقف الاجتماعية تظهر على الفرد بعض الأعراض الجسمية منها احمرار الوجه، ارتعاش اليدين والغثيان وتصبب العرق وسرعة ضربات القلب وضيق التنفس ويولي مرضى الرهاب الاجتماعي الأعراض الجسمية أهمية خاصة لاعتقادهم أن الآخرين يلاحظون هذه الأعراض ويفسرونها كمؤثرات على فشلهم في تحقيق المعايير أو المستويات المرغوبة من الأداء الاجتماعي، وعلى الرغم من أن هذه الأعراض قد تظهر لدى بعض العاديين إلا أن الفرق يكون في شدة هذه الأعراض التي تكون أكثر شدة لدى الأفراد ذوي الرهاب الاجتماعي. (غزو وسيمور، 2016: 60).

### 9. المحكات التشخيصية للرهاب الاجتماعي:

أ- الرهاب الاجتماعي وفقا لتصنيف الدليل التشخيصي والأخصائي للاضطرابات النفسية (DSMS):

خوف ملحوظ أو قلق حول واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية والتي يحتمل أن يتعرض الفرد فيها للتدقيق من قبل الآخرين، الأمثلة تتضمن التفاعلات الاجتماعية (كإجراء محادثة مثلا، مقابلة أناس غير مألوفين) أو أن يكون مراقبا (مثلا الأكل أو الشرب) أو الأداء أمام الآخرين (كإلقاء كلمة مثلا).

**ملاحظة:** يجب أن يحدث القلق عند الأطفال في مواقع تجمع الطفل مع أقرانه وليس فقط في علاقته مع البالغين.

- يخاف الفرد أنه [ سوف يتصرف بطريقة محرجة أو سوف تظهر أعراض القلق] والتي سيتم تقييمها سلبا (أي سوف تكون مهينة أو محرجة وسوف تؤدي إلى الرفض أو الإساءة من قبل الآخرين).
- يثير التعرض للموقف الاجتماعي القلق أو الخوف بشكل دائم تقريبا.

**ملاحظة:** قد يعبر عن القلق لدى الأطفال بالبكاء أو ثورات الغضب أو التجمد أو الانكماش والانسحاب أو فشل التكلم في المواقف الاجتماعية.

- يجري تجنب المواقف الاجتماعية وبخلاف ذلك قد يتحملها الشخص مع قلق أو خوف شديد.
- الخوف أو القلق لا يقارن بالخطر الفعلي الذي يمثله الشيء أو الموقف اراهابي وللسياق الثقافي والاجتماعي.
- يكون الخوف، القلق، التجنب مستمرا ويدوم بشكل نموذجي لسته أشهر أو أكثر.
- يسبب الخوف، القلق، التجنب احباطا سريريا مهما أو انخفاضا في الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.
- الخوف، القلق، التجنب لا تعزى إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثلا إساءة استخدام عقار، دواء) أو لحالة طبية أخرى. (أنور الحمادي، 2014: ص93).
- الخوف، القلق، التجنب لا تفسر بشكل أفضل بأعراض مرض عقلي آخر، كاضطراب تشوه شكل الجسم أو اضطراب طيف التوحد.
- إذا تواجدت حالة طبية أخرى (مثلا داء باركنسون والسمنة والتشوه من الحروق أو الإصابة فمن الواضح أن الخوف والقلق والتجنب لا علاقة له بالمرض أو يكون مفرطا حدد ما إذا كان: مع الأداء فقط: إذا اقتصر الخوف على الكلام أو الأداء علنا. (الحمادي، 2014: 94).

**ب- الرهاب الاجتماعي وفقا لتصنيف منظمة الصحة العالمية (WHO) وذلك في اصدارها للدليل العاشر (ICD 10):**

وفقا للدليل العاشر لمنظمة الصحة العالمية، ولكي يكون التشخيص واضحا ينبغي أن يستوفي الشروط الآتية:

- يجب أن يحصر القلق أو يسوء في مواقف اجتماعية محددة.

- يجب أن تكون الأعراض النفسية أو المرتبطة بالجهاز العصبي اللاإرادي أعراضاً تمثل مظهراً أساسياً للقلق وليست أعراضاً ثانوية لشيء آخر مثل الأوهام أو الأفكار الوسواسية.
- يجب تجنب المواقف المرهوبة كلما كان ذلك ممكناً. (عكاشة، 1998: ص51).

### 10. التشخيص الفارقي للرهاب الاجتماعي:

ينطوي الرهاب الاجتماعي على عدة أعراض تلتقي مع أعراض اضطرابات أخرى لذا كان علينا توضيح التشخيص الفارقي بينه وبين هذه الاضطرابات وذلك كما هو موضح في ما يلي:

#### أ- الرهاب الاجتماعي واضطراب الخوف من الأماكن المفتوحة:

إن العلاقة بين الرهاب الاجتماعي والخوف من الأماكن المفتوحة الأورافوبيا (Agoraphobie) علاقة معقدة، ولكن التمييز بين هذين الاضطرابين قد يتم تحقيقه بعدة أساليب، فمن الناحية الديموغرافية فإن الأغلبية الإكلينيكية لذوي الخوف الاجتماعي تتكون أساساً من الرجال بينما عينات الأورافوبيا فهي غالبية نسائية كذلك فإن متوسط العمر الذي يبدأ فيه الخوف الاجتماعي يقع في وسط مرحلة العقد الثاني (15) سنة أي في المراهقة المتوسطة تقريباً بينما تحدث حالات الأورافوبيا عادة في أوائل العشرينات من العمر. (الشتاوي، 1998: 218).

أما من ناحية الأعراض يمكن أن نبرز نقطتين أساسيتين هما:

- في حالة الرهاب الاجتماعي المرضى يعانون من الأعراض ، في حالة وجودهم في المواقف الاجتماعية، أما مرضى الهلع المصحوب بالأورافوبيا (Agoraphobie) فإن الشخص يخشى من الأعراض ذاتها لذلك فنوبة الهلع يمكن ان تهاجمهم حتى وهم بمفردهم. (بلحسيني، 2011: 35).

– إن من يعانون نوبات الهلع المصحوب بالخوف من الأماكن الواسعة (Agoraphobie) تحدث لهم نوبات الهلع في مواقف غير اجتماعية لأن انشغالهم الأساسي هو معاودة النوبة في غياب المساعدة أو أي مخرج للهروب، وليس التقييم الاجتماعي كما هو الحال في الرهاب الاجتماعي. (بلحسيني، 2011: ص36).

وعلى الرغم من وجود أوجه تقارب عديدة بين الاضطرابين من حيث نوبة الذعر وبداية الحدوث المبكرة إلا أنه يمكن اعتبار الرهاب الاجتماعي كيانا اكلينيكيًا مستقلًا يختلف عن الأجورافوبيا (Agoraphobie) بوضوح وبؤرة القلق الذي يدور محوره حول المواقف الاجتماعية فقط. (بلحسيني، 2011: 36).

أما الاختلاف عن اضطراب الهلع يتميز بنوبات من القلق الحاد ويشعر الفرد فيه بزيادة ضربات القلب ويصبح تنفسه سطحيًا إضافة إلى شعوره بأنه سيغمى عليه وغير ذلك من أعراض القلب الحاد، وهي أغلبها شكاوي جسمية تتسارع في مدة قصيرة وبشكل فجائي على نحو مختلف لدى مرضى الرهاب الاجتماعي، وتشير الدراسات إلى أن العرض الأساسي للهلع هو أن المريض يشكو من ضغط وألم في الصدر، بينما يكون العرض الأساسي للقلق من الخوف الاجتماعي هو احمرار الوجه. (بلحسيني، 2011: 37).

#### ب- الرهاب الاجتماعي والمخاوف المحددة:

أما الاختلاف عن المخاوف المحددة (Specific phobia) فهو تفريق سهل حيث يكون الخوف المرضي فيه من مثير محدد مثل الخوف من المصاعد أو الخوف من رؤية الدم كما أنه يظهر أكثر في سن مبكرة وفي مرحلة الطفولة. بينما تكون بؤرة الخوف في الرهاب الاجتماعي مركزة على المواقف الاجتماعية ومواقف الأداء التي تتضمن تهديدًا اجتماعيًا يدركه الفرد ويستجيب له بسلوكيات غالبًا ما تكون تجنبية وانسحابية. (المالغ، 1995: 95).

ج- الرهاب الاجتماعي والاكتئاب:

يتشابه كل من اضطراب الرهاب الاجتماعي والاكتئاب بالانسحاب الاجتماعي وتجنب المواقف الاجتماعية، حيث وجدت العديد من البحوث أن التجنب الاجتماعي يظهر بمعدلات عالية لدى مرضى الرهاب الاجتماعي وكذلك الاكتئاب، إلا أن التجنب في الرهاب الاجتماعي يرتبط بالخوف من الإمعان والملاحظة من الآخرين، أما التجنب لدى مرضى الاكتئاب فإنه يكون نتيجة لنقص الطاقة ونقص الدافعية. (Heckelman, & al, 1995 : p14)

وعلى الرغم من شيوع الأعراض الاكتئابية في الرهاب الاجتماعي إلا أنه لا يجب تشخيص الاكتئاب إلا إذا أمكن التعرض بوضوح على وجود زملة اكتئابية خالصة. (الشتاوي، عبد الرحمن، 1998: 281).

د- الرهاب الاجتماعي والتشخيص الشبه فصامي وذات النمط الفصامي:

يتميز اختلال الشخصية الشبه فصاميه (Schizoid) بأنه انسلاخ عن العلاقات الاجتماعية والشعور بالضيق من التعبير عن الانفعالات في المجالات البين شخصية حيث لا يرغب الشخص في العلاقات الحميمة ولا يستمتع بها. أما الشخصية ذات النمط الفصامي (Schizotypal) فهي تتميز كذلك بقصور العلاقات البين شخصية مع وجود قلق اجتماعي مفرط لا يتضاءل بفعل الألفة ويميل للإقتران مع مخاوف ضلالية. (الحجار، 2004: 255).

ولتشخيص الحالة على أنها اضطراب الرهاب الاجتماعي أو أنها اضطراب الشخصية الشبه فصامية، أو ذات النمط الفصامي، فالأمر يمكن تمييزه بسهولة عن الرهاب الاجتماعي من خلال غياب الرغبة الواضحة في العلاقات الاجتماعية. (الشتاوي وعبد الرحمن، 1998: 280).

ه- الرهاب الاجتماعي واضطراب الشخصية التجنبية:

يعتبر اضطراب الشخصية التجنبية نمطا ينمي إلى مجموعة من اضطرابات الشخصية وقد عرفها محمد غانم (2006) بأنها نمط متغلغل من الشعور بعدم الارتياح

الاجتماعي تتسم بالخضوع والاعتماد على غيرها، والخوف من التقييم السلبي من قبل الآخرين والخجل الذي يبدأ في مرحلة الرشد المبكرة. (غانم، 2006: 177).

كما ذكر نويز وآخرون (Noyes & all) أن الأفراد الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي يشبهون في كثير من النواحي الأفراد الذين لديهم اضطراب الشخصية التجنبية لأن كلا الاضطرابين خوف زائد عن الحد ومزمن يتعلق بالتفاعلات الاجتماعية. (الدسوقي، 2004: 8).

ونكر ويدجر (Widiger 1992) أنه يوجد دليل علمي ضعيف يشير إلى أن بعض الأفراد يمكن أن تنطبق عليهم محكات اضطراب الشخصية التجنبية من دون أن تنطبق عليهم محكات اضطراب الرهاب الاجتماعي مما يعني أنهما فئتان تشخيصيتان منعزلتان. (ديفيد هـ، بارلو وآخرون، 2002: 234).

القلق	الخجل	الشخصية التجنبية	الرهاب الاجتماعي
معتدل	وسيط	حاد	
متغير	ينعزل عن الوضعيات ويتجنب المواجهة	معرقل مع ضيق اجتماعي ملحوظ	
الشعور بالضيق	الرغبة في الشعور بالراحة والتقبل في الوضعيات الاجتماعية	الاعتقاد بأنه مصدر لفت الانتباه مع حكم سلبي	
الطفولة	الطفولة	الطفولة	
تحسن الوضع عند مواجهته لخبرات ايجابية ناجحة	ثابتة ودائمة	مزمنة ومعقدة	

الجدول رقم 4 يوضح الفرق بين الخجل، الشخصية التجنبية والرهاب الاجتماعي:

(Bernard, 2005 : 9)

## 11. الأضرار المترتبة عن الرهاب الاجتماعي:

تشير دراسات أن الرهاب الاجتماعي يبدأ عادة في مرحلة الطفولة أو المراهقة المبكرة، وتبدأ أغلب حالاته في الأعمار ما بين الخامسة عشر إلى الخامسة والعشرين كما يتأثر ببعض العوامل الوراثية، وهو غالباً ما يصاحب بعض اضطرابات القلق الأخرى مثل اضطراب الهلع والاكتئاب. (عبد المقصود، 2007: 5).

وبالنظر إلى شيوع هذا الاضطراب وظهوره مبكراً من حياة الإنسان أين يتم اكتساب المهارات الاجتماعية اللازمة للأداء الاجتماعي الجيد، فإن هذا الاضطراب يؤدي إلى عجز وظيفي واضح للفرد في المشاركة في الحياة الاجتماعية.

وهذا ما وضحه كيسلر (Kessler) (2003) حيث اعتبر أن التعريف الإجرائي للرهاب الاجتماعي هو عجز يحدث فهي وظيفة الدور الاجتماعي أو في أداء الفرد لدوره الاجتماعي، حيث نجد أن الأفراد الذين يؤدي الرهاب إلى تجنبهم للمواقف الاجتماعية أو احتمالها بضيق شديد فإنهم يتضررون في حياتهم الاجتماعية أو المهنية. (اسماعيل الجراح، 2006: ص43).

وفي الحقيقة إن الغالبية العظمى من مرضى الرهاب الاجتماعي يعتقدون أن مهتهم أو وظائفهم الأكاديمية والاجتماعية العامة يصيبها الإخفاق والتدهور بسبب مخاوفهم الاجتماعية، ولقد أقر ساندرسون وآخرون (Sanderson et al, 1990) أنه على الرغم من أن المتوسط العمري لمرضى الرهاب الاجتماعي يقع في الثلاثينات المبكرة فإن نصف مرضى عيناتهم يقدموا مطلقاً على خبرة الزواج المبكرة، بالمقارنة بنسبة (36%) من مرضى اضطراب الهلع المصحوب بالمخاوف من الأماكن المتسعة ونسبة (18%) من المرضى الذين يعانون من اضطراب القلق العام. (بنجابي، 2008: 17).

وتؤدي سلوكيات التجنب التي يتبناها الرهابيون إلى امتناعهم عن كثير من الأنشطة الأساسية كالذهاب إلى المدرسة أو المشاركة في مقابلة للتوظيف أو الترقية إلى منصب فيه

مسؤولية على عدد الأفراد، أو الاعتماد على النفس في التسوق بالإضافة إلى عدم المشاركة في الأنشطة الترفيهية والذهاب إلى الحفلات وإقامة علاقات جديدة.

ومن جهة أخرى فإن الرهاب الاجتماعي يمكن أن يكون مرتبطاً باضطرابات نفسية مختلفة، ففي دراسة أجراها جوكالب وزملاؤه (Gokalp & al,2001) استهدفت فحص الملامح الإكلينيكية للاضطرابات المصاحبة للخوف الاجتماعي لدى عينة إكلينيكية بلغت (87) مريضا تراوحت أعمارهم بين (16-58) عاما أوضحت النتائج أن (51,7%) منهم لديهم اضطرابات نفسية مصاحبة، حيث وجد أن (12.6%) يعانون من اضطرابات الهلع و (10.3%) يعانون من الخوف من الأماكن الواسعة. (عبد الخالق، وحياء البناء، 2006: 680).

وفي نفس السياق فإن مرضى الرهاب الاجتماعي قد ينساقون إلى استخدام استراتيجيات أقل ما يمكن أن يقال عنها أنها مهلكة، كاستخدام العقاقير والكحوليات لتمكين القلق الذي يعتريهم في المواقف الاجتماعية، وهو ما يؤدي بهم إلى الإدمان في كثير من الأحيان.

فقد أكد لويس فيرا (Louis Vera 2008) أن (16-36%) من مرضى الرهاب الاجتماعي سجلوا تعاطيا أو اعتمادا على الكحول وهو ما جعل الأبحاث في علاج التعاطي والإدمان تخلص إلى الحث على العلاج المبكر للمخاوف الاجتماعية أولا، كإجراء نوعي لمحاربة الإدمان. (Véra, 2002 : 79).

### الخلاصة:

تم خلال هذا الفصل تحديد مفهوم الرهاب الاجتماعي، مظاهره ومكوناته، أنواعه مع توضيح المعايير التشخيصية وأنماطه الفرعية بالإضافة إلى تفاصيل مهمة فيما يخص تفسيره من وجهة نظر تحليلية، سلوكية ومعرفية بما يخدم الدراسة.

كما تم توضيح الأضرار الناتجة عن الرهاب الاجتماعي وحول آثاره المدمرة على الصحة العامة للفرد وفي الفصل الموالي يتم عرض طرق علاج الرهاب الاجتماعي والتصدي له بما قدمته الدراسة المعرفية والسلوكية من تقنيات.

# الفصل الرابع: العلاج المعرفي السلوكي

## تمهيد

1. تعريف العلاج السلوكي المعرفي
2. المفاهيم الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي
3. أسس العلاج المعرفي السلوكي
4. مبادئ العلاج المعرفي السلوكي
5. أهداف العلاج المعرفي السلوكي
6. فنيات العلاج المعرفي السلوكي
7. مراحل العلاج المعرفي السلوكي
8. مراحل العلاج المعرفي السلوكي
9. تطبيق العلاج المعرفي السلوكي
10. التحليل الوظيفي و مراحل
11. استراتيجيات تدخل العلاج المعرفي السلوكي
12. نوعية العلاقة العلاجية في العلاج المعرفي

السلوكي

خلاصة

**تمهيد:**

يتناول هذا الفصل العلاج المعرفي السلوكي الذي يمثل أحد الأساليب العلاجية الحديثة كما يعتبر نموذجاً لأحسن الاستراتيجيات العلاجية يحتوي على نظرية تكاملية في تغيير السلوك، تقوم على التكامل بين تيارات متنوعة في العلاج النفسي.

وعليه يتضمن هذا الفصل التعريف بالعلاج المعرفي السلوكي وأهم مبادئه وأهدافه و عرض لمختلف فنياته العلاجية و توضيح فعاليتها ف علاج الرهاب الاجتماعي وفق ما أظهرته الدراسات السابقة.

**1. تعاريف العلاج المعرفي السلوكي:**

يمكننا الإشارة إلى هذا المنحى من خلال التعريف العام بأنه شكل من أشكال العلاج النفسي، يهدف إلى تحقيق تغييرات في سلوك الفرد تجعل حياته وحياة المحيطين به أفضل. (عبد القادر:1994: 35).

يقوم العلاج المعرفي السلوكي على محاولة تغيير المعارف السلبية لدى المريض وجعله يفكر بشكل أكثر منطقية وعقلانية، وهذا بدوره يؤدي إلى تغيير وجدان وسلوك المريض.

كما يجب تعليم المريض كيفية توكيد ذاته في المواقف والأنشطة الاجتماعية المختلفة وتدريبه على أسلوب المواجهة الفعالة في مواجهة ضغوط الحياة بدلاً من التعامل مع الضغوط بالتجنب أو الانفعال، كما يجب تدريبه على مهارات حل المشكلات. (السيد فهمي علي: 2010: 69).

**تعريف كندول (Kendall):** >> هو محاولة دمج الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي التي تثبت نجاحها في التعامل مع الجوانب المعرفية لطلب المساعدة بهدف إحداث تغييرات مطلوبة ف سلوكه بالإضافة إلى ذلك يهتم بالجانب الوجداني للمريض وبالسياق

الاجتماعي من حوله من خلال استخدام استراتيجيات معرفية، سلوكية، انفعالية، اجتماعية وبيئية لإحداث التغيير المرغوب فيه. << (الغامدي: 2013: 145)

**تعريف زينب محمود شقير:** << العلاج المعرفي السلوكي الذي يعد أحد التيارات العلاجية الحديثة والذي يهتم بالمدخل المعرفي للاضطرابات النفسية ويهدف إلى تعديل ادراكات العميل المشوهة ويعمل على أن يحل محلها طرق أكثر ملائمة للتفكير وذلك من أجل إحداث تغييرات معرفية وسلوكية وانفعالية لدى العميل ويمثل العلاج المعرفي السلوكي في هذا الإطار شكلا من أشكال العلاج يتم بالفاعلية والتنظيم كما يتحدد بوقف معين وهو عملية تتم بالتعاون بين المعالج والمريض من أجل دراسة معتقدات المريض المرتبطة بسوء التكيف والتوافق ونماذج تخيلاته وتفكيره وفحصه والتوصل إلى الاستجابات البديلة الأكثر فاعلية. << (شقير: 2002: 216)

**تعريف أحمد عكاشة:** << يعتبر العلاج المعرفي السلوكي أكثر أنواع العلاج النفسي شيوعا في الوقت المعاصر في اضطرابات لقلق وهو محاولة تغيير النظم المعرفية في التفكير من خلال هذا العلاج المتخصص. << (عكاشة: 2003: 149)

**تعريف هوفمان اسجي (Hofmann):** <<اليوم أصبح العلاج المعرفي السلوكي مصطلح مظلي يشتمل على العديد من العلاجات المختلفة والمدعومة تجريبيا والتي تشترك في المبادئ الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي ومع ذلك فإن العلاج المعرفي السلوكي لا يناسب كل أنواع المشكلات، فهناك فروق واضحة في الاستراتيجيات التي تستهدف مشكلات يعينها، ولكن على الرغم من هذه الفروق إلا أن الاستراتيجيات متأصلة في مدخل العلاج المعرفي السلوكي وتحديدا في الارتباط البيئي بين المعارف اللاتكيفية والانفعالات والسلوكيات والفيويولوجيا وأن تصحيح المعارف اللاتكيفية ينتج عنه محو المشكلات النفسية.

ولقد تم الحصول على أدلة علمية قوية عن هذا النموذج العام من مجال علم الأعصاب الانفعالي وبحوث التنظيم الانفعالي. << (هوفمان: 2012: 27)

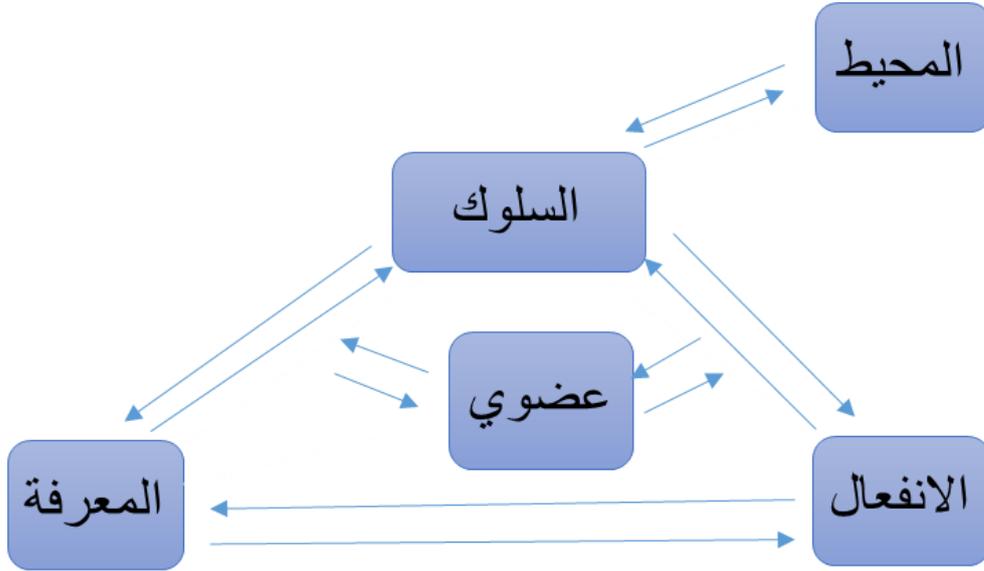
## 2. تحديد المفاهيم الأساسية للعلاج المعرف السلوكي:

أ. تعريف السلوك: هو تسلسل منسق من الأفعال موجهة من أجل تكيف الفرد في وضعية ما حسب ما يدركها أو يتصورها أو يفسرها (Cottraux, 2001 :4)

ب. تعريف المعرفة: تشمل اكتساب المعلومات وتنظيمها واستخدامها على الذات ثم على العالم الخارجي. (Cottraux, 2001 :5)

ج. تعريف الانفعالات: تتصف بأحاسيس جسمية ناتجة عن حدوث تغيرات فيزيولوجية استجابة لمنبهات المحيط بناء على إدراكه للأحداث وليس الحدث بحد ذاته، لذا فالعاطفة مرتبطة بالمعرفة حيث يتحول الانفعال إلى ظاهرة جسدية تتحول بدورها إلى عاطفة التي تتحول هي الأخرى إلى ظاهرة عقلية (فرح، لذة، حزن، خوف).

ومن خلال هذه المفاهيم يتبين أن العلاج السلوكي المعرفي يركز على التفاعل بين الانفعال، السلوك، المعرفة وكذلك العلاقة مع المحيط. (Cottraux, 2001 :5)



الشكل رقم 3 يوضح نموذج العلاج المعرفي السلوكي نقلا عن: (6 : 2001, Cottraux).

### 3. أسس العلاج المعرفي السلوكي:

تتمثل أسس العلاج المعرفي السلوكي في عدة مبادئ هي:

- أن الأفكار يمكن أن تؤدي إلى الانفعالات والسلوك.
- أن الاضطراب الانفعالي (الوجداني) ينشأ من التفكير المنحرف السلبي الذي يؤدي إلى سلوكيات غير ملائمة.
- أن الاضطراب الوجداني يمكن علاجه بمجرد تغيير التفكير (الذي يفترض أنه متعلم). (بيرني كوروين وآخرون: 2008: ص30).
- أن العميل و المعالج يعملان معا في تقييم المشكلات والتوصل إلى حلول.
- أن المعرفة لها دور أساسي في معظم التعلم الانساني.

– أن الاتجاهات والتوقعات والأنشطة المعرفية لها دورا أساسيا في إنتاج وفهم السلوك وتأثيرات العلاج والتنبؤ بهما.

– أن العمليات المعرفية تندمج معا في نماذج سلوكية. (عبد الله محمد: 2000: 23)

#### 4. مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:

إن ما يميز العلاج المعرفي السلوكي هو صبغته التعليمية التي تظهر من خلال سيرورة العمل العلاجي بدء بالتعليم النفسي للمريض واقناعه بمنطق العلاج ومسؤوليته فيه، وتوضيح العلاقة بين الاعتقادات اللاعقلانية وما يعانيه من اضطرابات، ويتم هذا في اطار علاقة تعاونية مهنية توجهها مجموعة من الضوابط تمثل صميم مبادئ المنحى العلاجي المعرفي السلوكي وهي:

- يرتبط كل من المعرفة والسلوك ببعضهما البعض.
  - تعلم معظم البشرية يتم من خلال الجانب المعرفي.
  - إن الاتجاهات و الإسهامات المعرفية هي محاور هامة في فهم الفرد وسلوكه والتنبؤ به، من أجل دمج المعرفة والسلوك لظهور فنيات علاجية ناجحة.
  - التركيز على فهم الفرد للجزء المراد تعديله.
  - يعمل كل من العميل و الأخصائي بشكل متعاون لتقدير المشاكل ووضع الحلول.
  - تقديم الخبرة المتكاملة للفرد بكافة الجوانب المعرفية والانفعالية والسلوكية حيث يستطيع الكثيرون من الأفراد التأثير في سلوك الآخرين من خلال الكلمة والمعلومة وردود أفعالهم تجاه المواقف، وبذلك يمكن تقديم الخبرة المتكاملة.
- (أمال باظة: 1999: 273)

ومن ثم فإن العلاج المعرفي السلوكي يعمل على:

- تعلم البناء المعرفي وايجاد مهارات التوافق الطبيعية.

- تعلم وتصميم بعض المهارات وتدعيم بعضهما من خلال استخدام العديد من الاستراتيجيات.
  - تعليم العميل متابعة و إدراك الواقع في إطار الأفكار الحالية ومواجهة التحديات بأفكار جديدة.
  - الدعوة إلى التفكير المنطقي والاختبارات الواقعية للتفكير السلبي وهكذا يتعلم العميل كيفية تعديل أخطائه وزيادة الأداء الحالي بشكل واضح.
- وبهذا فإن المعالج وفق هذا الإطار ينقل بشكل مباشر للمريض فكرة أساسية مفادها أن ادراكه للواقع ليس هو الواقع ذاته، إنه المبدأ الذي إذا تعلمه المريض يدرك من خلاله إلى حد بعيد ماهية اضطرابه وأي السبل أقرب لعلاجه. (سكران: 2006: 666)

### 5. أهداف العلاج المعرفي السلوكي:

- مساعدة المريض للتوصل إلى منظور جديد لفهم مشكلته.
- تعليم المريض كيف أن معارفه يمكن أن تساعد في تفسير أسباب ونشوء ووجود استجاباتها الانفعالية والسلوكية التي تتسم بسوء التكيف.
- يشرح له أن التغيير المعرفي له أهمية رئيسية في العلاج.
- يقوم كل من المعالج والمريض بتنفيذ وتحليل النتائج المعرفية والسلوكية (غير السوية) بشكل مستمر، كما يتم تحديد احتمالات حدوث التدعيم الذي يحافظ على وجود السلوكيات غير المرغوبة، يتم أيضا تطبيق أساليب العلاج من أجل تغيير تلك الاحتمالات ( الغامدي؛ 2013: 158).
- إن العلاجات المعرفية السلوكية نشطة وقائمة على الوصول للأهداف وتشمل الطرق التعليمية مثل وضع جدول الأعمال و اعادة بناء والتوضيح وردود الفعل والانعكاسات والتمرين والواجبات المنزلية.
- إنشاء علاقة تعاونية وتجريبية بين المعالج والمريض، يتم تشجيع المرضى على تجريب ما تعلموه حديثا من سلوكيات في حياتهم اليومية على أساس انهم

سيكونون أقل معارضة لاقتراحات التغيير إذا ما أمكن حثهم على تجربة سلوكيات جديدة يكون لها نتائج أكثر جلبا للفائدة. (الغامدي؛ 2013: ص159).

ويشير أنسام مصطفى السيد بظاظو إلى أهداف أخرى للعلاج المعرفي السلوكي يذكرها كالتالي:

- مواجهة أفكار المريض واقناعه بضرورة الإحلال للأفكار السلبية التي يساعده فيها المعالج لإيجاد بدائل لهذه الأفكار الأتوماتيكية.
- تعليم المريض أن يصحح أداءاته المعرفية الخاطئة ومعتقداته المختلفة وظيفيا والتي تعرضه لخبرات مشوهة.
- تصحيح التشغيل الخاطئ للمعلومات لدى المريض والتي تعمل على الإبقاء على أنماط السلوك والانفعالات.
- إدراك المرض للعلاقة الرابطة بين تفكيره وسلوكه ومزاجه مما يدفعه إلى التفكير الصحيح في قرارات نفسه والتخلي عن أفكاره المريضة والتراجع عن سلوكياته السلبية بدون وجود ضغوط عليه وإنما هو شاعر بالرضا النفسي.
- السعي إلى تسهيل فهم الرابطة بين المشكلة التي يعانيها المريض و ضرورة العلاج.
- تعليم المرضى مهارات خاصة بكيفية التحكم والإدارة الجيدة لذاتهم كهدف وتنمية المشاركة الاجتماعية كهدف آخر. ( بظاظو؛ 2011: 126)

#### 6. أهم الفنيات التي يستخدمها العلاج المعرفي السلوكي:

- **النمذجة:** يعتبر التعلم بالنمذجة من أهم الأساليب العلاجية التي تعمل على تدريب الأفراد على العديد من المهارات الاجتماعية، التي من الممكن أن تكسب الفرد السلوك من خلال التعلم الاجتماعي من خلال التعرف على النماذج السوية والاقتران بها، أي ما يسمى

التعلم بالقدوة حيث يعرض على الأفراد النماذج المرغوب تعلمها في سلوكهم من خلال قصص أو نماذج حية أو رمزية. ( حمزة؛ 2004: 31)

– أداء الدور: هذا الأسلوب يعتمد على وجود نماذج أو قدوة ملائمة و بمرور الوقت يتحول الجور الذي يلعبه الفرد إلى واقع يعيشه في الحياة حتى يستطيع تعلم مهارات اجتماعية تساعده في أداء دوره على مسرح الحياة. (النجار؛ 2005: 148)

– الواجبات المنزلية: تتمثل في تنفيذ العميل لبعض الواجبات خارج غطاء الجلسة بما يساعده من تأكيد التحسنات السلوكية التي يكون الفرد قد حققها أثناء الجلسة الارشادية، كما أنها تفيد في نقل التغييرات الايجابية إلى واقع الحياة والممارسة العلمية، ويجب أن تكون الواجبات المنزلية مرتبطة ارتباط دقيق الصلة بالهدف الارشادي الذي ننشده في عملنا مع الفرد الذي يعاني من المشكلات والمشكلات السلوكية. ( السواط؛ 2010: 36)

– التحصين ضد التوتر: يستخدم هذا الاجراء في مساعدة الأفراد الذين لديهم ردود فعل ناتجة عن الخوف المرضي للسيطرة على القلق في المواقف الضاغطة، وقد وصف هذا الأسلوب بأنه يقدم الحماية السيكولوجية بطريقة تشبه التلقيح الطبي، فهي تعطي الفرد مجموعة من المهارات للتكيف مع الحالات المستقبلية ويتكون التحصين ضد التوتر من ثلاثة مكونات هي: تثقيف الفرد حول طبيعة ردود الفعل الناتجة عن التوتر وتدريب الفرد على مهارات التكيف الجسدية والمعرفية، ومساعدته على تطبيق هذه المهارات عند التعرض للتوتر. (الشربيني؛ 2005: 536)

– تقليل الحساسية التدريجي أو (إزالة الحساسية): تعد هذه الاجراءات عالية الفعالية ف منع او إزالة المخاوف والرهاب، إن المبدأ العلاجي الذي يعتمد عليه هذين الإجرائين هو إبدال الاستجابة (رد الفعل) المتضاربة مع الانفعال (القلق) أي بمعنى استبدال الاستجابة المتضمنة الانفعال باستجابة أخرى وهي الاسترخاء (حسين؛ 2005: 109)

و لقد استمد هذا الاجراء بناء على تجارب بافلوف (Pavlov) في الاشرط الكلاسيكي والبحوث التي أجريت للكشف عن العلاقات بين المثيرات والاستجابات الشرطية وغير الشرطية، إذ طور ولبى (Wolpe) في أواخر عام (1950) استراتيجية تقليل الحساسية التدريجي، وذلك بهدف خفض مستوى القلق، ويعتمد هذا الإجراء على مبادئ الاشرط المضاد حيث توصل ولبى إلى أن أعراض القلق قد تنخفض أو تنشط بدرجة جيدة عن طريق التخيل ثم يعرض المعالج مباشرة وبشكل تدريجي لاستجابة الاسترخاء العضلي وهذه العملية تسمى تقليل الحساسية التدريجي. (الدحادحة وسليمان؛ 2008: 5)

وملخص هذه العملية العلاجية هو أن المعالج يضع المريض في حالة استرخاء تام ثم يقدم له المثيرات الموجودة على مدرج القلق، أو يطلب من المريض تخيل هذه المثيرات حيث يضمن المعالج دائما أنه إذا قدم المثير، أو قام المريض بتخيله يكون ما يستثيره من القلق أو خوف أضعف قوة من استجابة الاسترخاء التي اختارها المعالج حيث يستطيع المعالج القيام بعملية كف تدريجي للقلق الضعيف ويبدأ المعالج بأقل المثيرات شدة وينتهي بأكثرها شدة وإثارة والمريض في حالة استرخاء، وفي المراحل الأخيرة من العلاج يطلب من المريض مواجهة المثيرات الواقعية وهذا ما يسمى المواجهة العلاجية المباشرة أو المشاركة الفعالة. (الزراد؛ 2005: 197)

– أسلوب الاسترخاء: يستخدم الاسترخاء في الطب والعلاج النفسي وعلم النفس الاكلينيكي بأساليب متعددة منذ فترة طويلة وأبدى الطبيب النفساني "جاكوبسون" (Jacobson) اهتمامه باكتشاف طرق للاسترخاء العضلي بطريقة منظمة كما ابتكر أسلوب الاسترخاء التصاعدي (1938). ويعرف الاسترخاء علميا بأنه توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر (عبد الستار؛ د.س: 154).

– إعادة البناء المعرفي: تفترض هذه الطريقة أن الاضطرابات الانفعالية إنما هي نتيجة أنماط من التفكير غير المتكيف وتكون مهمة العلاج هي اعادة بناء الجوانب المعرفية المتصلة بعدم التكيف، ويتم اعادة تشكيل البنية المعرفية للمريض بناء على مجموعة من

القواعد والاجراءات التي من شأنها تقوم على افتراض أن تغير العوامل المعرفية سيترتب عليه تغير في سلوك المريض. (الشتاوي؛ 1998: 131)

ويقوم هذا الأسلوب على استبدال المعارف الخاطئة بأخرى صحيحة وتشمل إعادة البناء المعرفي على عدة خطوات:

- التعرف على المواقف السلبية والمعتقدات الخاطئة.
- فصل وتحديد الأفكار والمعتقدات (الخاطئة) المشوهة معرفيا.
- التدعيم الايجابي للحفاظ على استمرارية ممارسة السلوك الصحيح.
- المتابعة بما يعرف باستمارة الواجب المنزلي. ( باظة؛ 2002: 278).

وتهدف فنية إعادة البناء المعرفي إلى احلال مشاعر ايجابية محل المشاعر السلبية ومهمة المعالج إلى احلال مشاعر ايجابية محل المشاعر السلبية ومهمة المعالج هي أن يعمل مع الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات أو الذين تثقل كاهلهم مشاعر القلق الشديد أن يوضح لهم:

- أن الصعوبات التي يعانون منها تنجم إلى حد كبير من ادراكهم المشوه وتفكيرهم غير المنطقي.
- أن هناك طريقة لإعادة ترتيب ادراكاتهم، وإعادة تنظيم تفكيرهم من أجل القضاء على السبب الأساسي لصعوباتها، وهذه الطريقة وإن كانت بسيطة نسبيا إلا أنها تتطلب بذل الجهد. ( الطيب؛ 1996: 187).

- التعريض: هو مكون رئيسي في العلاج المعرفي السلوكي وكذلك في العلاج السلوكي لاضطرابات القلق وهو يتضمن تعريض الفرد للموقف أو المواقف التي تسبب له القلق، فقد وجد الباحثون في هذا المجال، أن التعريض المستمر على المثيرات التي تسبب القلق ينتج عنه تشتت استجابة القلق لدى الفرد الذي يعاني من القلق، فالتعريض له عدة أشكال يتخذها منها:

التعريض التخيلي والتعريض المتدرج، والتعريض في الواقع وهذا النوع من التعريض يكون بدون تدرج، ولا بد من توفر شروط لهذا النوع من التعريض من أهمها موافقة المريض كما يوجد أنواع أخرى من التعريض منها التعريض بمساعدة المعالج للموقف الذي يسبب القلق بطريقة مباشرة.

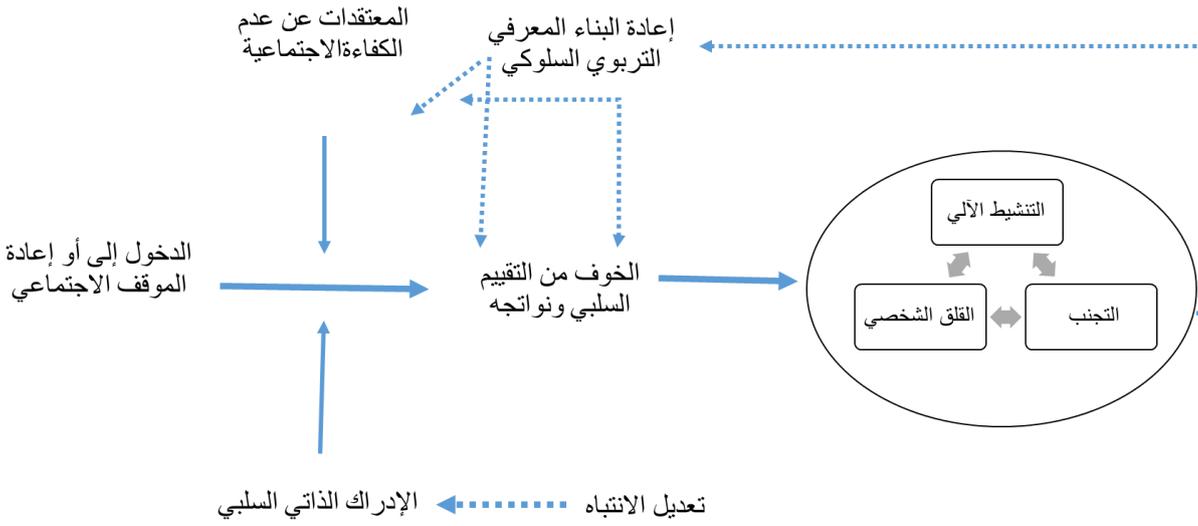
الهدف من هذه الفنية التأثير على الأعراض السلبية للقلق بإطفاؤها وذلك بمواجهة المثيرات من ناحية أخرى وتختلف طريقة التعريض باختلاف مكان المواجهة وأسلوب المواجهة. ( الغامدي؛ 2013: 178 )

وقد قدم هوفمان (Hofmann) برنامجا لعلاج الفوبيا الاجتماعية قائما على التعريض، حيث يفترض هوفمان وجود أربعة متغيرات وسيطة مسؤولة عن إحداث التغيير من مستوى الفوبيا الاجتماعية وهي:

- التقديرات المعرفية السلبية.
- إدراك الشخص لمدى قدرته على التحكم الانفعالي.
- إدراك الشخص لكفاءته الذاتية، ومهاراته الاجتماعية.
- اكتساب الذاتية.

وبالرغم من كون هذه المتغيرات معرفية إلا أن العلاج يتم دون استخدام فنيات معرفية صريحة، ويعتمد فقط على التعريض، حيث يعتقد أنه خلال تعرض المريض المطول والمتكرر لموقف القلق يقوم بعملية مماثلة وموامة وذلك من خلال ادراكه للتباين بين مخطئه المعرفي وخبراته من خلال البيئة.

وقد قدم هوفمان نموذجا يتضمن عددا من الاستراتيجيات أهمها فنية التعريض حيث تزود هذه الاستراتيجيات المريض بالفرص الممكنة لتصحيح مفاهيمه الخاطئة والغزو الخطأ الذي يبقي على المشكلة، ونعرض فيما يلي هذا النموذج.



الشكل رقم 4 يوضح استراتيجيات تستهدف القلق الاجتماعي نقلا عن: (هولفمان، 2012: 115).

## 7. مراحل العلاج المعرفي السلوكي:

- تأسيس علاقة ايجابية تعاونية من خلال التحالف العلاجي مع تحديد المشاكل الانفعالية والسلوكية والمعرفية التي تدفع إلى طلب المريض للمساعدة.
- إقامة التشخيص حسب DSM IV-TR.
- دراسة الأهداف والرغبة في التغيير (فالمعالج هنا يحدد المشاكل التي أتى من أجلها المريض ويريد تعديلها ويقوم كذلك بتقييم رغبته في التغيير).
- التحليل الوظيفي وهناك عدة شبكات تسمح بتحليل العلاقات المتبادلة بين السلوك والانفعال والمعرفة.
- استعمال المقاييس (الاختبارات والسلاليم الفنية).
- شرح المشاكل النفسية والتقنيات التي سوف تطبق والتي تتضمن تغيير السلوكات والانفعالات والأفكار.
- بناء الفرضيات مع المريض حول كيفية تحديد أولويات التدخل وبماذا يجب البدء.

- إقامة سلم للمشاكل مثلا تحديد مقياس للخوف.
- تقييم نتائج العلاج.
- المتابعة. (Jeam coutraux,2001 : 244).

### 8. تطبيق العلاج المعرفي السلوكي:

عمليا يتم تطبيق العلاج المعرفي السلوكي في سياق يمتد عبر عدة جلسات يتراوح بين (10-20) جلسة فردية أو جماعية، ويتضمن عدة مراحل:

- التشخيص العيادي والتحليل الوظيفي.
- مقابلة التقييم باستخدام الاختبارات وسلالم التقدير.
- التعليم النفسي وإرساء عقد علاجي.
- التدخل العلاجي.
- تقويم النتائج. (بلحسيني، 2014: 97).

### 9. التحليل الوظيفي ومراحله:

هو عبارة عن جمع المعلومات المتعلقة بالشخص لفهم وضعيته القلقة، العوامل المفجرة (الأسباب والنتائج (الأثار) أيضا)، العوامل التي تحفظ السلوك والأفكار التي تصنع المشكل، في المقابلات الأولى فإن التحليل يسمح بدراسة مع المفحوص، العوامل الماضية والحالية، الانفعالات، الأفكار ومحتوى المحيط، فرضيات التشخيص وانطلاقا من هذا التحليل الوظيفي نفترض الوسائل والتقنيات العلاجية الملائمة. (Guillard, 2008 : 56)

ولكي يكون تمثيل دقيق للتحليل الوظيفي للاضطراب وضع جون كوترو ( Jean Coutarux) شبكة سيكا (Secca) التحليل الوظيفي التي تجمع العناصر التالية: منبه، مشاعر، معارف (الأفكار العقلية، نظام الاعتقادات) سلوك والتوقعات.

هذه الشبكة التي هدفها تطبيقي تحتوي على جزء آني (حالي) الذي يسمح بتحليل جانب سلوكي (منبه، عاطفة، أفكار، سلوك وتوقعات وعلاقتهم بالمحيط الاجتماعي) كما تحتوي على جزء تاريخي الذي يسمح بتنظيم التاريخ الماضي للعميل. (Cottraux, 1995 : 74)

وفي مايلي مراحل التحليل الوظيفي حسب ساسلو وكانفار (Saslow et al, 1969) :

- **فحص المشكل الخاص:** ويتضمن تحديد تكرار المشكل، شدته، فترته، مختلف الأشكال التي يظهر بها السلوك، كل ما يدور بالسلوك سيحلل بدقة.
- **توضيح وضعية المشكل:** العمل على فحص مختلف العوامل التي تعمل على استمرار أو بقاء المشكل وتقييم النتائج التي يمكن أن يحدثها المشكل على المفحوص ذاته وعلى محيطه (الأسرة الوسط العملي، هوايته، الشبكة العلائقية).
- **تحليل الحوافز بواسطة أسئلة توجه إلى المفحوص:** المعالج سيبحث في حياة المفحوص كل المعززات التي يكونها في البرنامج العلاجي المختار.
- **تحليل النمو:** يتلقى المعالج تاريخ الحالة والسوابق العيادية وكذلك تاريخ الأعراض.
- **تحليل التحكم الذاتي:** يتم التعرف على الاستراتيجيات التي عند المفحوص لكي يكتسب التحكم في المواقف اليومية، وبالتالي التعرف على النتائج الايجابية والسلبية لهذا التحكم.
- **تحليل العلاقات الاجتماعية:** تقييم نوعية الشبكة الاجتماعية للمفحوص، وكذلك يقيم النمط العلائقي الذي يربط مع مختلف الأقرباء، والتعرف على تأثير السياق الاجتماعي والعلائقي على سلوك المفحوص.

• تحليل المحيط السوسيوثقافي والفيزيقي: إن المحيط الفيزيقي والسوسيوالثقافي

يحدد السلوك المشكل في جذوره الثقافية.

ويكمل التحليل الوظيفي بتطبيق عدة اختبارات تهدف إلى التقييم الذي يجب أن

يتواصل بعد نهاية العقد العلاجي بهدف تقدير التغيرات السلوكية في نهاية العلاج.

(22): (Mirable sarron).

وفيما يلي عرض لشبكة سيكا لمختلف الاضطرابات وتتكون من المتغيرات التالية:

- الوضعيات (S) Situations.
- الانفعالات (E) Emotions.
- المعارف (C) Cognitive.
- السلوكات (C) Comportement.
- التوقعات (A) Anticipation.

وتطبيقا فهي مقسمة إلى جزء متزامن وجزء آخر طولي Diachronique الأول

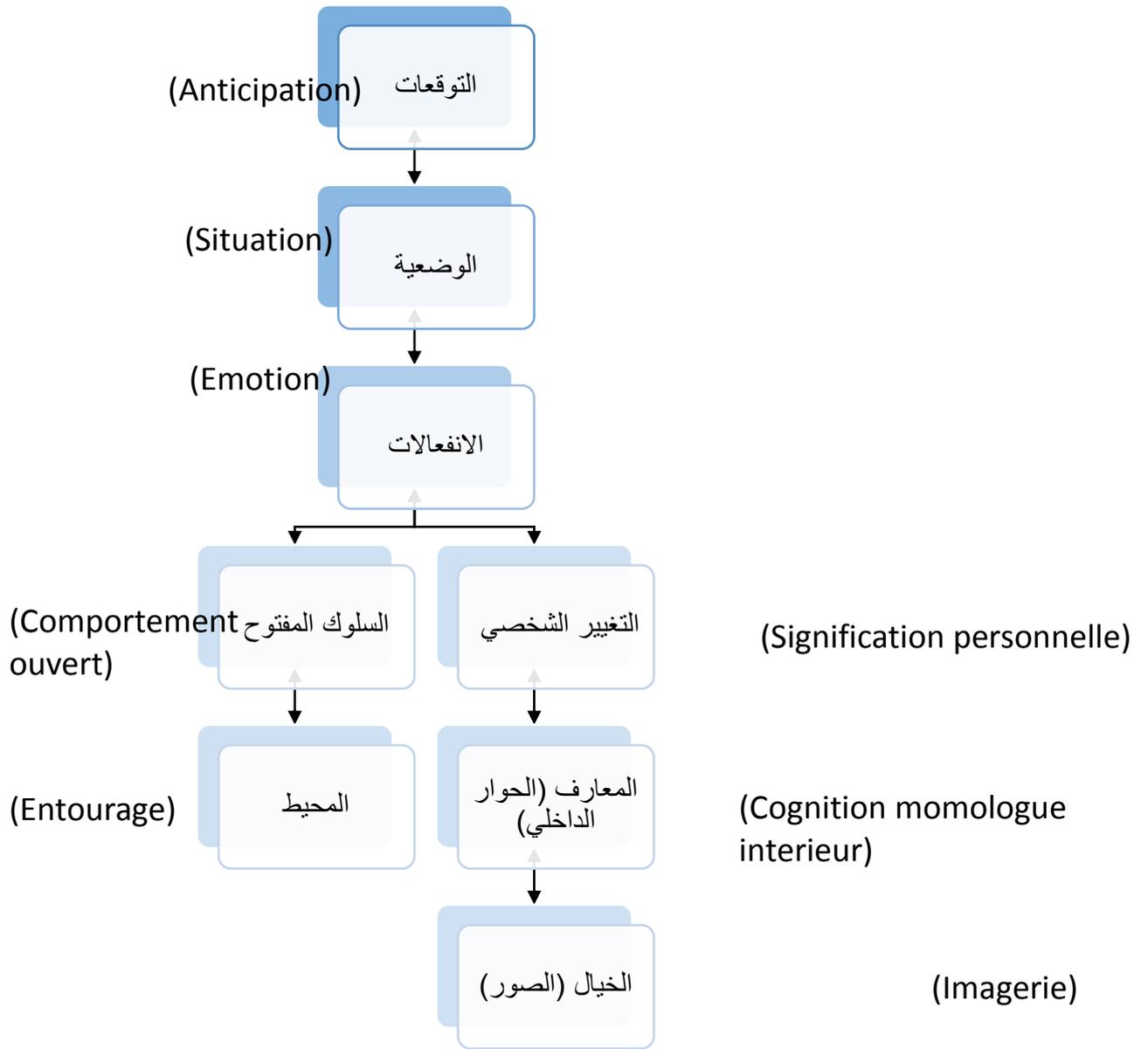
يسمح بتحليل التفاعلات في التعاقب مثير الانفعالات، المعارف، سلوك. كذلك نتائجها على

المحيط الاجتماعي والثاني يجمع أحداث القصة التي حدثت للمريض المتعلقة مباشرة مع

السلوك المشكل (العوامل المفجرة الأساسية) أو استخراج معطيات ورؤية حول شخصيات،

أمراض جسمية أو مشاكل أخرى. (Fonction, 2007 : 63).

والمخطط التالي يمثل شبكة سيكا كما هو موضح في الشكل:



الشكل رقم 5 شبكة سيكا (Grille Secca)

(Cottraux, J.Bouvard, M.Légeron, 1985 : 72-73)

شبكة لازاغوس Grille Basic-idea

B → السلوك (Behavior)

A → العواطف والانفعالات (Affect)

S → الاحساسات الفيزيائية (Sensations)

I → الجانب المعرفي (Imagerie mentale)

C → المعارف والمعتقدات (Cognitive et Curoyances)

I → العلاقات الشخصية (les relations inter personnelles)

D → المخدرات (Drogues)

E → التوقعات (Expectation)

A → الاتجاهات (les attitudes)

(Lazarus et Cottraux, 1997)

**10. استراتيجيات تدخل العلاج المعرفي السلوكي:**

يشكل النموذج العلاجي المعرفي السلوكي من ثلاث محاور أساسية:

- تقنيات التحكم (التعامل مع ورود الفعل الفزيولوجية).
- تقنيات التعرض للمواقف المقلقة (العمل على مستوى السلوك).
- تقنيات إعادة البناء المعرفي (العمل على مستوى المعارف). (بلحسيني،

2014: ص97)

## 11. نوعية العلاقة العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي:

إن العلاقة بين الممارس المؤهل في العلاج المعرفي السلوكي والفرد الذي يحتاج إلى العلاج، هي علاقة تعاونية، حيث يعملان معا في محاولة فهم مصاعب الفرد وما الذي يمكن تقديمه له، فالممارس هو إنسان خبير في العلاج المعرفي بينما الفرد هو خبير في حياته وتجاربه الخاصة.

أثناء العلاج يعمل كلاهما مع بعض على توليد وإيجاد نواحي جديدة في تفكير الفرد وسلوكه. (بلميهوب، 2014: ص43).

في العلاج المعرفي السلوكي تبدو العلاقة العلاجية في بعض الأحيان كأنها تؤدي دور المدرب Coaching، حيث أن الممارس يستعمل خبراته في تحدي تفكير الفرد وإرشاده إلى اكتشاف البدائل المختلفة. (بلميهوب، 2014: ص44).

### الخلاصة:

من خلال ما ورد في هذا الفصل من عناصر توضح مفاهيم العلاج المعرفي السلوكي كمنحنى يفترض أن الاضطرابات الانفعالية هي دالة أساليب التفكير المختل وظيفيا ويعمد العلاج إلى رصد وتعديل هذا التفكير باستخدام أساليب مختلفة من العلاج المعرفي السلوكي وتطبيقا لأهم تقنياته التي أثبتت فعاليتها في علاج الرهاب الاجتماعي.

# الجانب التطبيقي

# الفصل الخامس: منهجية الدراسة

تمهيد

1. الدراسة الاستطلاعية
  2. حدود الدراسة
  3. منهج الدراسة
  4. الأدوات المستعملة في الدراسة
- الخلاصة.

## تمهيد:

تعرض حالة الدراسة في هذا الفصل إلى الدراسة الاستطلاعية والتي كان الهدف منها التعرف على ميدان الدراسة، إعداد الوسائل اللازمة للعمل الميداني وتحديد الحالة الخاصة بالدراسة الأساسية مع تهيئة المكان المناسب من أجل تطبيق تقنيات العلاج المعرفي السلوكي.

## 1. الدراسة الاستطلاعية

الدراسة الاستطلاعية تعتبر الخطوة الأولى لدراسة عملية دقيقة لمشكلة ما محددة حيث تسمح في معرفة التغيرات التي قد يكون لها علاقة بأحد متغيرات الدراسة.

ومن هذا المنطلق فإن الدراسة الاستطلاعية تساعد في تحديد أهداف مختلفة منها:

- تحديد مشكلة البحث بشكل دقيق.
- تحديد كل جوانب المشكلة.
- تحديد إطار الدراسة.
- الوقوف على أهم المعلومات التي تواجه الدراسة وكيفية التغلب عليها.

هذا بالإضافة إلى أنها تساعد على:

- تحديد وصياغة فرضيات البحث.
- تحديد المنهج المناسب للدراسة.
- تحديد الأدوات القياسية المناسبة.
- تحديد أكثر دقة لعينة البحث. (شفيق، 2006: 103).

بما أن الدراسة تهدف لكشف عن مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى الراشد قمت بدراسة استطلاعية من أجل تحديد الحالة المراد دراستها وذلك بتاريخ 02 جانفي إلى 05 ماي 2018 حيث توجهت إلى المستشفى العسكري

الجهوي لوهران بمصلحة الأمراض العقلية وذلك بإجراء مقابلات عيادية لخمسة حالات وقمت بمقابلات مبدئية كان هدفها التشخيص من أجل اختيار الحالة المناسبة للدراسة الحالية وذلك باختيار حالة واحدة تتناسب مع دراستنا دون أن يكون لها صلة بأي متغيرات أخرى أو (اضطرابات) وهذا ما سوف نبينه من خلال الجدول التالي:

الملاحظة	هدف المقابلة	محتوى المقابلة	السن	الحالات
تبيين من خلال المقابلة والأدوات المستعملة أن الحالة تعاني من اضطراب الرهاب الاجتماعي والاكتئاب لذا فهي لا تناسب موضوع الدراسة.	الكشف على اضطراب الرهاب الاجتماعي	- التعرف على التاريخ الشخصي المرضي للحالة، تطبيق مقياس الرهاب الاجتماعي (liebowitz) من خلال سير المقابلة	28 سنة	الحالة 1 (ب.ز)
تبيين من خلال المقابلة والأدوات المستعملة أن الحالة تعاني من اضطراب الرهاب الاجتماعي واضطراب الهلع لذا فهي لا تناسب موضوع الدراسة.	الكشف على اضطراب الرهاب الاجتماعي	- التعرف على التاريخ الشخصي المرضي للحالة، تطبيق مقياس الرهاب الاجتماعي (liebowitz) من خلال سير المقابلة	36 سنة	الحالة 2 (ب.خ)
تبيين من خلال المقابلة والأدوات المستعملة أن الحالة تعاني من اضطراب الرهاب الاجتماعي والإدمان على القنب الهندي لذا فهي لا تناسب موضوع الدراسة.	الكشف على اضطراب الرهاب الاجتماعي	- التعرف على التاريخ الشخصي المرضي للحالة، تطبيق مقياس الرهاب الاجتماعي (liebowitz) من خلال سير المقابلة	45 سنة	الحالة 3 (ب.هـ)
تبيين من خلال المقابلة والأدوات المستعملة أن الحالة تعاني من اضطراب الرهاب الاجتماعي واضطراب ما بعد الصدمة	الكشف على اضطراب الرهاب الاجتماعي	- التعرف على التاريخ الشخصي المرضي للحالة، تطبيق مقياس الرهاب الاجتماعي (liebowitz) من خلال سير المقابلة	48 سنة	الحالة 4 (ح.س)
تبيين من خلال المقابلة والأدوات المستعملة أن الحالة تعاني من اضطراب الرهاب الاجتماعي وليس لها صلة بمتغيرات أخرى أو اضطرابات وهذه الحالة هي التي تابعنا معها دراستنا نظرا لتوافقها مع موضوع الدراسة	الكشف على اضطراب الرهاب الاجتماعي	- التعرف على التاريخ الشخصي المرضي للحالة، تطبيق مقياس الرهاب الاجتماعي (liebowitz) من خلال سير المقابلة	54 سنة	الحالة 5 (ق.ف)

يوضح مستوى المقابلات الدراسة الاستطلاعية وكيفية تحديد الحالة 5 الجدول رقم المختارة

## 2. حدود الدراسة

\* الحدود المكانية: المستشفى العسكري الجهوي بوهران مصلحة الأمراض العقلية.

\* الحدود الزمانية: أجريت الدراسة خلال الفترة الممتدة من 2 جانفي إلى 5 ماي.

## 3. منهج الدراسة

المنهج المحدد للدراسة أمر تحدده مشكلة البحث المراد دراستها، فالمنهج هو مجموعة الأطر والإجراءات والخطوات التي يضعها الباحث عند دراسته لمشكلة بحثه. (غريب، 1998: 115).

وعليه فقد أعتمد في هذا البحث على المنهج العيادي لأنه الأنسب لموضوع الدراسة ويعرف كالتالي:

**المنهج العيادي:** هو منهج يسمح بالدراسة العيادية لمجموعة البحث، ودراسة سلوك الفرد في إطاره الحقيقي حيث يكشف عن ما يعانيه الفرد من اضطرابات نفسية تبدو في سلوكه وتفكيره، وذلك بهدف فهم شخصية الفرد وتغيير طبيعة الاضطراب الذي يعاني منه وتشخيصه مما يسمح بوضع خطة علاجية له. (المليجي، 2000: 31).

ويعتبره "تيرون: بأنه الطريقة التي تسمح لنا بمعرفة السير النفسي بهدف تكوين بنية واضحة عن الحوادث النفسية التي تصدر عن الحالة. (ميسوم، 2013: 141).

ويعرفه حلمي المليجي على أنه: منهج يختص بالمعرفة والممارسة النفسية المستخدمة في مساعدة العميل الذي يعاني من اضطراب ما في الشخصية، يبدأ في سلوكه وتفكيره ينجح في تحقيق توافق أفضل واكتساب قدرة أعلى في التعبير عن ذاته. (المليجي، 2000: 29).

ويعرف (دنيال لاقاش Daniel Lagache) المنهج العيادي على أنه تناول للسيرة الذاتية في منظور خاص وكذلك التعرف على مواقف وتصرفات الفرد اتجاه وضعيات معينة محاولاً بذلك إعطاء معنى للحالة للتعرف على بنيتها وتكوينها، كما يكشف على الصراعات التي تحركها ومحاولة الفرد كلها. (M. Renchilin, 1992 : 113).

#### 4. الأدوات المستعملة في الدراسة

##### أ. الملاحظة العيادية:

يمكن تعريف الملاحظة بأنها عبارة عن عملية مراقبة أو مشاهدة السلوك الظاهر والمشكلات والأحداث ومكوناتها المادية والبيئية ومتابعة سيرها واتجاهاتها وعلاقتها بأسلوب علمي منظم ومخطط وهادف بقصد التفسير وتحديد العلاقة بين المتغيرات والتنبؤ بسلوك المفحوص وتوجيهه لخدمة الإنسان وتلبية احتياجاته. (عبيدات، أبو نصار، عقلة، 1999: 73).

##### ب. المقابلة العيادية:

هي محادثة تتم وجها لوجه بين المريض والعيادي النفساني، وتتخذ المقابلة العيادية شكل الحوار المباشر وغاية المقابلة هي العمل على حل المشكلات التي يواجهها المريض والإسهام في تحقيق توافقه ويتضمن ذلك التشخيص والعلاج.

تهيئ المقابلة الفرصة أمام العيادي للقيام بدراسة الحالة عن طريق المحادثة المباشرة وفهم المريض وللتأكد من صدق بعض الفروض التي يصل إليها عن طريق الأدوات التشخيصية الأخرى. (عباس، 2005: 29).

إن المقابلة العيادية تختلف عن المحادثة العيادية في أنها طريقة مهنية لها هدف يتفاوت في درجة تحديده من موقف لآخر ودينامية المقابلة متضمنة في التفاعل لبيّن النفساني والعميل. (عباس، 2005: 29).

## ج. دراسة الحالة:

هي دراسة تفاصيل الحالة بشتى المجالات الشخصية والحياتية والأسرية للحالة كما ثبت جدواها باعتبارها المجال الذي يتيح للأخصائي في جمع أكثر قدر ممكن من المعلومات الدقيقة والواضحة حتى يتمكن من اتخاذ قراراته وإصدار حكم نحو الحالة. (أبو سعد، العزيز، 2012: 56).

## الخلاصة.

تم في هذا الفصل عرض كل ما يتعلق بإجراءات الدراسة وذلك بدءا بالدراسة الاستطلاعية، حدود الدراسة والمنهج المتبع في الدراسة وكذلك الأدوات المستعملة اعتمدنا فيها على الملاحظة العيادية والمقابلة العيادية وكذا دراسة الحالة.

# الفصل السّاوس: الدراسة الأساسفة

1. ملخص المقابلات والجلسات العلاجفة

2. تقديم الحالة

3. ملخص سفر الجلسات العلاجفة

1. ملخص المقابلات والجلسات العلاجية

رقم الجلسة	تاريخ الجلسة	هدف الجلسة	محتوى الجلسة	زمن الجلسة
الجلسة الأولى	الأربعاء 01/17/2018	– بناء علاقة إيجابية وكسب ثقة المفحوصة (ق.ف). – الدافعية للتغيير. – تقديم شرح مبسط عن العلاج المعرفي السلوكي وأهميته.	– استقبال المفحوصة استقبالا طيبا يوحى بالثقة والتقبل الغير المشروط. – إقامة علاقة تعارف وتبادل المعلومات الشخصية وطرح بعض الأسئلة المحددة للتأكد من التشخيص. – طمأنه المفحوصة بأن جميع المعلومات تكون سرية. – التعريف بالواجب المنزلي وأهميته.	45 د
الجلسة الثانية	الأربعاء 01/24/2018	شرح المبادئ الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي وتوضيح عدد جلساته	– توضيح العلاج المعرفي السلوكي وأهميته الكبيرة التي تساعد المفحوصة للتغلب على الرهاب الاجتماعي. – تطبيق مقياس اللقلق الاجتماعي. ثم توضيح عدد جلسات العلاج ومدة كل جلسة وأن اللقاء يكون بواقع جلسة في الأسبوع. – ختم الجلسة بواجب منزلي (هو تكليف المفحوصة بتسجيل بعض المواقف اليومية التي تسبب لها التوتر والقلق).	45 د
الجلسة الثالثة	الأربعاء 01/31/2018	– تعريف المفحوصة على طبيعة الرهاب الاجتماعي وأسبابه وأعراضه والآثار النفسية المصاحبة له. – تحليل الوظيفي للمفحوصة من خلال شبكة سيكا	– في بداية الجلسة التحقق من ردود فعل المفحوصة تجاه الجلسة السابقة وإذا كان هناك تساؤلات ترغب في مناقشتها. – مناقشة الواجب المنزلي الذي تم الاتفاق عليه سابقا. – مناقشة الأعراض التي تشكو منها المفحوصة وما هي المواقف المسببة لظهور هذه الأعراض. – تطبيق شبكة سيكا وتحديد التوقعات، الانفعالات، الظروف والوضعية، السلوك، المعارف. – شرح موجز عن طبيعة الرهاب الاجتماعي. – إعطاء واجب منزلي الذي يحدد الأفكار السلبية والإيجابية للمفحوصة.	50 د

<p>50 د</p>	<p>– التحقق من ردود فعل المفحوصة اتجاه الجلسة السابقة.</p> <p>– مناقشة الواجب المنزلي وتوضيح من خلال هذا الواجب التمييز بين الانفعال السلبي غير المناسب وبين الانفعال الإيجابي المفترض أن يكون.</p> <p>– شرح فنية الاسترخاء بطريقة مبسطة ثم الخضوع إلى تطبيق تقنية الاسترخاء وذلك غمض العينين وتراخي لعضلات الجسم مع التركيز على التنفس والتفكير فقط في عملية الاسترخاء.</p> <p>– إعطاء واجب منزلي</p>	<p>– تحليل الوظيفي للمفحوصة من خلال شبكة لازاغوس.</p> <p>– تعريف المفحوصة على الدور الذي تقوم به فنية الاسترخاء في خفض التوتر والقلق.</p> <p>– تدريب المفحوصة على تمرينات الاسترخاء.</p>	<p>الأربعاء /02/07 2018</p>	<p>الجلسة الرابعة</p>
<p>50 د</p>	<p>– إعادة البناء المعرفي من خلال تصحيح الأفكار الخاطئة وإبدالها بأخرى صحيحة.</p> <p>– تقديم بدائل عن المعتقدات السلبية.</p> <p>– مناقشة الواجب المنزلي المتمثل في تقنية ضبط التنفس عند مواجهة المواقف.</p> <p>– وتمثل فنية الحوار الذاتي على الحديث مع النفس قبل مواجهة الآخرين يخفف ذلك من التوتر والقلق</p>	<p>– معالجة المعلومة الخاطئة عن طريق تعديل سوء تقدير الاحتمالية (القلق التوقعي).</p> <p>– اقتراح بدائل لمعتقداتها الخاطئة.</p> <p>– شرح فنية الحوار الذاتي</p>	<p>الأربعاء /02/14 2018</p>	<p>الجلسة الخامسة</p>
<p>60 د</p>	<p>– في بداية الجلسة نتحقق من ردود المفحوصة اتجاه الجلسات السابقة.</p> <p>– بعد ذلك يتم مناقشة الواجب المنزلي ويتم التركيز على الأفكار التلقائية التي تصدر قبل وأثناء وبعد المواقف. ثم نطلب من المفحوصة أن تتخيل أحد المواقف التي واجهتها وأن تصف ذلك بصوت مسموع ومن خلال المناقشة يتم معالجة الأفكار السلبية وإبدالها بأفكار إيجابية ثم التدريب على الاسترخاء وبعد الانتهاء من ممارسة تمارين الاسترخاء نقوم بشرح فنية التعريض.</p> <p>– والمقصود بالتعريض هو أن تدخل المفحوصة في الموقف الذي تخاف منه وتتجنبه. نوضح للمفحوصة طريقة التعريض. وهذا التعريض يمكن أن يكون تدريجياً إلى ابتداء من أقل المواقف إثارة للقلق إلى أكثر المواقف إثارة للقلق.</p> <p>– إعطاء واجب منزلي يتمثل في الأفكار التلقائية التي تحدث للمفحوصة عند مواجهة المواقف الاجتماعية.</p>	<p>– تحقيق الاسترخاء السريع من خلال ضبط تنظيم ضربات القلب.</p> <p>– فنية التخيل.</p> <p>– شرح فنية التعريض.</p>	<p>الأربعاء /02/21 2018</p>	<p>الجلسة السادسة</p>

<p>د 45</p>	<p>– مناقشة الواجب المنزلي وهو سجل الأفكار البديلة ويشمل هذا السجل الأفكار التلقائية التي تحدث للمفحوصة أثناء مواجهة المواقف الاجتماعية. – تطبيق تقنية الاسترخاء. – تطبيق تقنية التعريض من خلال التخيل. – إعطاء واجب منزلي يتمثل في تعريض المفحوصة لمواقف اجتماعية حية (التعريض الواقعي).</p>	<p>– ممارسة التدريب على الاسترخاء التعريف من خلال التخيل</p>	<p>/02/08 2018 إلى /04/11 2018</p>	<p>الجلسة السابعة والثامنة والتاسعة</p>
<p>د 45</p>	<p>– التعرف على وجهة نظر المفحوصة فيما دار بالجلسة السابقة. – تطبيق تمارين الاسترخاء ثم نسال المفحوصة هل حاولت الدخول في المواقف الاجتماعية أو دخلت بالفعل في المواقف الاجتماعية وكيف كان شعورها عند مواجهتها لتلك المواقف.</p>	<p>– ممارسة التدريب على الاسترخاء التعريف الواقعي</p>	<p>25 – 18 /04/ 2018</p>	<p>الجلسة العاشرة والحادية عشر والثانية عشر</p>
	<p>– نقوم بتلخيص ما دار في الجلسات السابقة وهل للمفحوصة أسئلة أو استفسارات وحث المفحوصة على الاستمرار والمثابرة على ما تعلمته لمواجهة الرهاب الاجتماعي ثم الاتفاق مع المفحوصة على فترة المتابعة بعد شهر.</p>	<p>– مراجعة وتلخيص البرنامج العلاجي. – تطبيق مقياس اضطراب الرهاب الاجتماعي.</p>	<p>الأربعاء /05/02 2018</p>	<p>الجلسة الثالثة عشر</p>

## دراسة الحالة

## 2. تقديم الحالة

## أ. البيانات الأولية:

1. الاسم واللقب: (ق.ف)
2. الجنس: أنثى.
3. السن: 54 سنة.
4. الحالة الاجتماعية: متزوجة وأم لثلاثة أولاد.
5. المستوى الدراسي: ليسانس Licence.
6. المهنة: موظفة بالمستشفى الجهوي بوهران Service nucléaire.
7. الحالة الاقتصادية: جيدة.

## ب. تاريخ الحالة:

## ■ التاريخ الشخصي والعائلي للحالة:

تأتي الحالة في المرتبة الثانية بين إخوتها السبعة، 3 أخوات و3 إخوة، الأم على قيد الحياة والأب متوفي منذ 15 سنة كانت علاقة الحالة بوالدها جيدة لم تكن هناك أي مشاكل ولم تشكو في صغرها عاشت طفولة جيدة مدللة واصلت دراستها حتى أن تحصلت على شهادة ليسانس وكانت علامتها حسنة ثم قررت أن تبحث عن عمل وفضلت التوجه إلى الحياة المهنية.

## ■ التعرف على الظروف التي ظهر فيها الاضطراب:

لم تعاني الحالة من اضطرابات قبل أن تعمل بالمستشفى العسكري ولكن بعد التحاقها بالعمل تقول أنها واجهت ضغوطات مستمرة في العمل وتقول أنه رغم المعاملة الصارمة (يحقروك وما يعطوكش حقك) وأصبحت تؤثر عليها هذه الضغوط في حياتها اليومية

وخاصة بعد وفاة والدها ثم بعد سنة من ذلك توفي أخوها وفقدانها لابنها مما زاد تأزم لحالتها النفسية مما أصبحت تعاني من الاكتئاب واضطرابات في النوم وهذا ما سبب لها مخاوف اجتماعية مصحوبة بنوبات هلع حيث أصبحت تتجنب المواقف الاجتماعية خاصة تجنب مواجهة الآخرين.

وفي إحدى الأيام وبصفة مفاجئة تذكر الحالة أنها عانت من الأمراض التالية:

- الشعور بالاختناق.
- تزايد سرعة ضربات القلب.
- صداع دائم.
- ارتفاع في درجة الحرارة.
- تعرق شديد.

تذكر الحالة أنها انتابها خوف شديد من أن تموت.

وتذكر المفحوصة أن هذه الحالة كانت تنتابها من الحين إلى آخر وهذا ما جعل لديها خوف شديد بما سوف يحدث لها وتجعلها تفكر كثيرا وترعبها وهذا مما ولد لديها مخاوف اجتماعية صعبة مما أصبحت تتجنب الذهاب إلى الأماكن العامة وعدم مخالطة الآخرين أو التحدث إلى أشخاص لا تعرفهم أو التحدث على الهاتف.

وتقول الحالة أن هذه الأعراض أصبحت تعكر مزاجها وتسبب لها إحباط مستمر في حياتها اليومية.

### ج. فحص الهيئة العقلية:

#### ■ المظهر والسلوك:

المفحوصة (ق.ف) متوسطة القامة، بيضاء البشرة ذو بنية مرفولوجية متوسطة، هدامها مرتب ومنظم ويبدو على الحالة ممن يهتمون بأناقتهم ولكن بدى عليها شيء من

الأرق من خلال بعض السواد والانتفاخ تحت العينين، كما ظهر عليها التعب وارتجاف اليدين أثناء الحديث، قليلة الحركة وهادئة الطباع.

الاتصال مع المفحوصة (ق.ف) كان سهلا نوعا ما، حيث كانت متجاوبة مع الفحص بإيجابها على الأسئلة مع شيء من التفصيل لا تخرج عن الموضوع مع الإشارة أن لديها فهم جيد وذكاء جيد.

#### ■ النشاط العقلي:

لا تعاني المفحوصة (ق.ف) من اضطرابات في الكلام أو النطق، لغتها تتميز بالوضوح وسليمة (سهولة في التحوار معها) سير الخطاب ليس متسارع ولا متباطئ. ليس لدى المفحوصة أي خلل في التفكير كما أن وظائفها الإدراكية سليمة (غياب الهلوس).

#### ■ التوجه المكاني والزمني: لها القدرة على التوجه في الزمان والمكان:

– الحالة المزاجية: تتسم بالقلق وهذا من خلال ما ظهر عليها من خوف من مواجهة المواقف الاجتماعية.

– الوظائف الغريزية: نوم المفحوصة متناقض من خلال صعوبتها للدخول في النوم واليقظة في منتصف الليل سواء كان ذلك جراء الأعراض المرضية في بعض الأحيان أو في الأيام الأخرى وإذا استيقظت تجد صعوبة للرجوع إلى النوم مرة ثانية.

– الأكل: المفحوصة ليس لديها اضطرابات في الأكل.

– الانفعالات: الخوف والقلق وتجنب المواقف الاجتماعية.

– ذاكرة الحالة: جيدة بالنسبة للأحداث القديمة والجديدة وهذا ما نستدل عليه من خلال الاستفسارات التي كنا نطلبها منها حول المقابلات السابقة.

– الاستبصار: المفحوصة مستبصرة بحالتها ولكن استبصار جزئي، كانت تعلم أنها تعاني من مشكلة الرهاب الاجتماعي، ولكن لم تكن تعلم أن هذه الأعراض التي تعاني منها سببها الرهاب الاجتماعي.

- السوابق الطب العقلية: لم نسجل عند الحالة (ق.ف) أي سوابق الطب العقلية.
- السوابق الطب الجراحية: لم نسجل عند الحالة أي مرض عضوي أو صدمة دماغية جراء أي حادث.
- السوابق العدلية: لم نسجل أي متابعة قضائية من أي نوع من القضايا.
- السوابق العائلية: الحالة تعاني من الداء السكري إضافة إلى ضغط الدم أما بقية أفراد العائلة لا يعانون من أي أمراض جسمية أو عقلية ما عدا الأب والابن متوفيين بمرض السرطان.

د. نتيجة الاختبار (المقياس):

التعليق	النتيجة			أداة القياس
تحصلت الحالة على درجة 44 من مجموع ككل كما قدر التفاعل الاجتماعي بـ 25 درجة والأداء بـ 17 درجة	17 درجة	25 درجة	القلق 44 درجة	Liebowitz
تحصلت الحالة على درجة 43 من مجموع ككل كما قدر التفاعل الاجتماعي بـ 24 درجة والأداء بـ 19 درجة	19 درجة	24 درجة	التجنب 43 درجة	

الجدول رقم 6 يوضح نتائج المقياس التي ساعدت على وضع التشخيص

ه. تحديد اللوحة الإكلينيكية للحالة:

بعد اعتمادنا على المقابلة والملاحظة العيادية ونتائج المقياس التي قدرت درجاتها بـ 44 درجة بالنسبة للقلق مقسم إلى تفاعل اجتماعي (interaction sociale) الذي قدر بـ (25) بينما مجموع الأداء (performance) قدر بـ (17) وهذا ما يدل على وجود أعراض الرهاب الاجتماعي، وكذلك بالنسبة للتجنب الذي قدرت درجاته بـ (43) مقسم إلى (interaction sociale) الذي قدر بـ (24) بينما مجموع (performance) قدر بـ (19).

والمجموع ككل بالنسبة للقلق والتجنب قدر بـ 86 درجة لكل واحد منهما مما دل على وجود رهاب اجتماعي حاد وحسب الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية الخامس DSM5 الذي أظهر للحالة أنها تعاني من اضطراب الرهاب الاجتماعي المرمز بـ (F40.10) وجود الأعراض التالية:

- يشير التعرض للموقف الاجتماعي القلق أو الخوف بشكل دائم تقريبا.
- يجري تجنب المواقف الاجتماعية وبخلاف ذلك قد يتحملها الشخص مع قلق أو خوف شديد.
- يسبب الخوف، القلق، التجنب، إحباطا سريريا مهما أو انخفاضا في الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.

### 3. ملخص سير الجلسات العلاجية

#### الجلسة الأولى:

- إقامة علاقة إيجابية من خلال استقبال المفحوصة استقبالا طيبا يوحى بالثقة والتقبل الغير المشروط وكان ذلك لكسب الثقة والمساعدة على إبرام عقد علاجي.
- فتح مجال التحدث عن التاريخ الشخصي والعائلي والظروف التي ظهر فيها المشكل.
- طمأنه المفحوصة بأن جميع المعلومات تكون سرية.

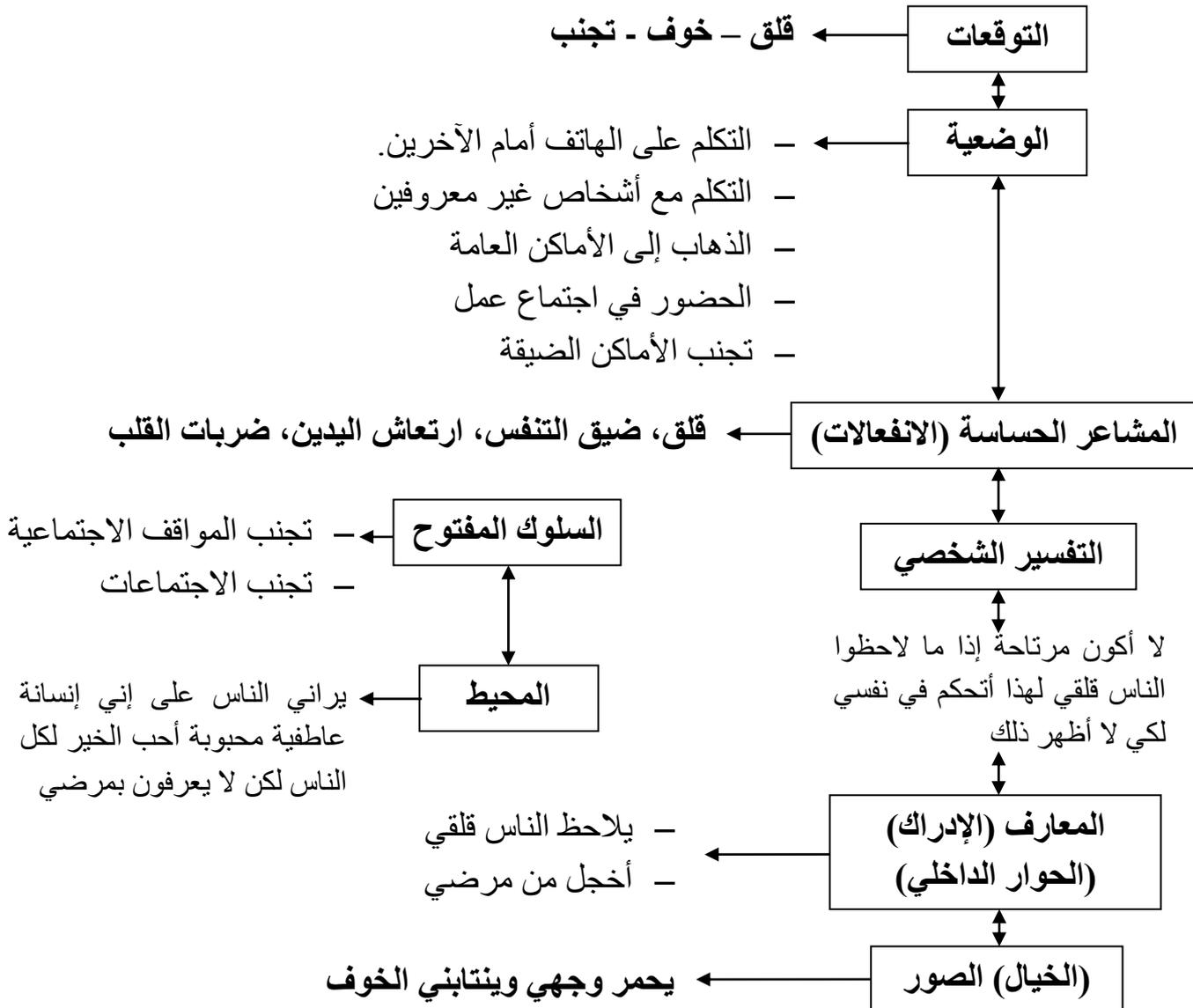
#### الجلسة الثانية:

- تم الترحيب بالمفحوصة، بعدها تم الاستفسار عن أحوالها وكيف كان الأسبوع الفارط.
- شرح مبادئ الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي وتوضيح عدد جلساته وأهميته الكبيرة التي تساعد المفحوصة للتغلب على الرهاب الاجتماعي.

- تطبيق مقياس اللقلق الاجتماعي. (القياس القبلي).
- ختم الجلسة بواجب منزلي وهو تكليف المفحوصة بتسجيل بعض المواقف اليومية التي تسبب لها التوتر والقلق.

### الجلسة الثالثة:

- تعريف المفحوصة على طبيعة الرهاب الاجتماعي وأسبابه وأعراضه والآثار النفسية المصاحبة له.
  - تقنية التحليل الوظيفي باستخدام شبكة « Secca » لـ Cottroux وكان ذلك كالتالي:
- أ. التحليل التزامني (Synchronie):



ب. التحليل التاريخي (Diachronie):

■ المعطيات البنيوية الممكنة:

\* معطيات جينية:

- أب خجول ومتفهم
- الأم صارمة

\* طبيعة الشخصية (حسب DSM5، شخصية تجنبية (F60.6)).

- يتجنب النشاطات المهنية التي تتطلب احتكاكا كبيرا مع الآخرين بسبب الخوف من الانتقاد أو عدم الاستحسان أو الرفض.
- منشغل بكون موضع انتقاد أو رفض في المواقف الاجتماعية.
- مثبط في المواقف الجديدة مع الناس بسبب الخوف من عدم الكفاءة.

\* العوامل التاريخية المثبتة والمحافظة للسلوك:

- وسط عائلي يتجنب المواقف الاجتماعية.
- الحماية المفرطة.
- العوامل المفجرة:
- الضغوطات التي كانت تواجهها في العمل.
- صعوبة مواجهة المواقف الاجتماعية.

\* الظروف المسبقة للاضطراب:

- الصدمات المتتالية.
- وفاة الأب والأخ.
- فقدانها لابنها في سن مبكرة وابتنتها تعاني من مرض السرطان.
- \* أمراض عضوية: المفحوصة تعاني من مرض الداء السكري وضغط الدم.

\* علاجات سابقة (الأدوية المأخوذة): Glucofage – Higzomil

- تلخيص محتوى الجلسة وإعطاء للمفحوصة الحق في إبداء رأيها حول الجلسة وبالتالي كانت هناك ردة فعل إيجابية حيث أبدت وعي كبير بمشاكلتها ورغبتها في المساعدة النفسية لمشاكلتها وتقول أنها متفائلة بهذا العلاج.
- إعطاء واجب منزلي الذي يحدد الأفكار السلبية والإيجابية للحالة.

#### الجلسة الرابعة:

- تقنية التحليل الوظيفي للحالة من خلال شبكة لازاغوس Basic Idea:
  - \* السلوك: هادئة
  - \* الانفعالات: قلق
  - \* الإحساسات: ضيق في التنفس، الشعور بالحرارة
  - يلاحظون الناس قلقي.
  - \* المعارف والمعتقدات: أخلج من مرضي لذا أتحكم بنفسي لكي بلا يلاحظون الناس قلقي
  - \* العلاقات الشخصية: الوضعيات تكون صعبة جدا في حضور الأقرب إلي.
  - \* المخدرات: لا يوجد.
  - \* الوضعيات: جيدة الحالة تريد التخلص من القلق.
  - \* الاتجاهات: اتجاه ايجابي نحو المعالج.
- مناقشة الواجب المنزلي المتمثل في تحديد الأفكار السلبية والايجابية والتميز بين الانفعال السلبي غير المناسب وبين الانفعال الإيجابي المفترض أن يكون.
- تطبيق تقنية الاسترخاء: ثم شرح للحالة تقنية الاسترخاء بطريقة مبسطة قبل البدء في تنفيذها والتعريف بأهميتها وتعليماتها وأهميتها في خفض التوتر والقلق ثم الخضوع بتنفيذها وذلك من خلال الجلوس على كرسي وأخذ وضعية مريحة ثم أطلب من الحالة أن تغمض عينيها وعلى أن تكون عضلات جسمها في حالة تراخي وعليها أن يكون تركيزها على التنفس بإدخال الهواء من الأنف (الشهيق)

- وإخراجه من الفم (الزفير) والزفير يكون أكثر من الشهيق وقد تشعر الحالة ببعض المشاعر الغريبة كالانتميل فعلية أو تخشى ذلك وأن هذا عادي وكما أنبها بأن يكون تفكيرها مركز فقط في عملية الاسترخاء.
- إعطاء واجب منزلي متمثل في تقنية ضبط التنفس.

### الجلسة الخامسة:

- مناقشة الواجب المنزلي المتمثل في تقنية ضبط التنفس، لوحظ أن الحالة لم تهمل الواجب وقامت بممارستها وتقول الحالة أنها كلما كانت تمارسها كانت تشعر بالراحة وتقول أنها كانت تسترخي ولا تشعر بالأعراض.
- معالجة الأفكار الآلية عن طريق تقنية إعادة البناء المعرفي من خلال تصحيح الأفكار الخاطئة وإبدالها بأخرى صحيحة.
- لتطبيق تقنية إعادة البناء المعرفي (تعديل سوء تقدير الاحتمالية من خلال الحوار السقراطي) أو لا التعرف على المواقف السلبية والمعتقدات الخاطئة.
- \* **المعالج:** ما هي الأفكار السلبية المسيطرة على تفكيرك اتجاه النوبة التي تتناوبك.
- \* **المفحوصة:** أنني سوف أفقد السيطرة وأصاب بصدمة قلبية أو الموت.
- \* **المعالج:** لماذا تفكري في هذا بالضبط.
- \* **المفحوصة:** لأن هناك أعراض تتناوبني وأكثرها خطورة هي سرعة ضربات القلب وارتعاش اليدين والصداع.
- \* **المعالج:** هل تتناوبك هذه الأعراض عندما تكون في البيت أو في العمل.
- \* **المفحوصة:** تتناوبني عندما أكون في المنزل أو في الأماكن العامة أو المزدحمة.
- \* **المعالج:** وهل تتناوبك في المنزل أكثر أو في خارج المنزل.
- \* **المفحوصة:** تتناوبني أكثر خارج المنزل وخاصة أمام أشخاص لا أعرفهم.

- \* **المعالج:** وبماذا تشعرين عندما تأتيك النوبة.
- \* **المفحوصة:** أشعر أنني ساموت وقلبي سيتوقف.
- \* **المعالج:** ولكن لم يحدث ذلك أنت لم تصابي بنوبة قلبية أو متي.
- \* **المفحوصة:** ضحكت لا.
- شرح فنية الحوار الذاتي والتي تتمثل في الحديث مع النفس قبل مواجهة الآخرين يخفف ذلك من التوتر والقلق.

#### الجلسة السادسة:

- مناقشة الواجب المنزلي ويتم التركيز على الأفكار التلقائية التي تصدر قبل وأثناء وبعد المواقف.
- تطبيق فنية التخيل حيث أطلب من المفحوصة أن تتخيل أحد المواقف التي واجهتها وأن تصف ذلك بصوت مسموع ومن خلال المناقشة تتم معالجة الأفكار السلبية وإبدالها بأفكار إيجابية.
- ممارسة الاسترخاء.
- شرح فنية التعريض.
- إعطاء واجب منزلي يتمثل في الأفكار التلقائية التي تحدث للمفحوصة عند مواجهة المواقف الاجتماعية.

#### الجلسة السابعة والثامنة والتاسعة:

- مناقشة الواجب المنزلي وهو سجل الأفكار البديلة ويشمل هذا السجل الأفكار التلقائية التي تحدث للمفحوصة أثناء مواجهة المواقف الاجتماعية.
- تطبيق تقنية الاسترخاء.
- تقنية التعريض من خلال التخيل وكان ذلك كالتالي:

- تخيلي نفسك ذهبت إلى السوق وأنت تمشين في وسط مزدحم من الناس ثم دخلت إلى محل حيث أعجبتك بدلة فقررت شراءها ثم حاولت أن تخرجي مسرعة والجميع ينظرون إليك وأنت تشعرين بالرعب والخوف من هذا الجمع وأنت تريدين الخروج فوراً وكذلك ظهور أعراض القلق عليك، تسارع ضربان قلبك وضيق في التنفس والشعور بالحرارة وهذا محاولة مني أن ندرك المفحوصة نتيجة التجنب وهذا حتى تختفي كليا الاستجابة المقلقة حيث واجهت الحالة صعوبة في الدخول في عملية التعريض لكن شيئاً فشيئاً تم ذلك.
- إعطاء واجب منزلي يتمثل في التعريض من خلال الواقع.

#### الجلسة العاشرة - الحادية عشر - الثانية عشر

- تم الترحيب بالمفحوصة والاستفسار عن حالتها النفسية والمزاجية ثم راجعنا معها ما تم في الجلسة السابقة وعن رأيها بما وصلت إليه فقد كانت إيجابية بعدها تم مناقشة الواجب المنزلي والذي هو التعريض من خلال الواقع.
- تم تطبيق التعريض الواقعي من جديد: وذلك بدخول المفحوصة في مواقف اجتماعية حية وكان ذلك بذهاب المفحوصة لحفلة صديقتها التي قامت بدعوتها إلى منزلها في حضور العديد من المدعوين، شعرت المفحوصة ببعض القلق والخوف والشعور بضيق في التنفس لكن تماكنت نفسها من خلال ضبطها للتنفس وعدم اللجوء إلى استجابة التجنب.
- إعطاء التقنية في نهاية كل جلسة كواجب منزلي وهذا للوصول إلى الهدف الذي ذهبوا إليه وهذا ما يجعل الحالة تتعامل مع الاضطراب بنجاح وعدم اللجوء إلى التجنب.

## الجلسة الثالثة عشر

تم الترحيب بالمفحوصة والاستفسار عن أحوالها النفسية والمزاجية منذ آخر جلسة وبدأت في تطبيق المقياس البعدي للرهاب الاجتماعي من خلال الاستفسار عن الأعراض فصرحت الحالة أنها أصبحت تدرك أن الأعراض التي كانت تتنابها هي ناتجة عن معالجتها الخاطئة للمعلومة وهذا من خلال الأفكار الأوتوماتيكية والمعتقدات الخاطئة وتقول أنها الآن دائمة التدريب على تقنيتي ضبط التنفس والاسترخاء وهذا ما يشعرها بالارتياح ويمكن أن التنبؤ بعدم انتكاستها في المدى الطويل.

وفي الأخير تم شكر المفحوصة على تعاونها وثقتها مع التأكد على ضرورة الحفاظ على ما اكتسبته من خلال الحصص ثم تم الاتفاق على حصة متابعة ثانية وهذا في غضون شهر وهذا لمتابعة تطور حالتها.

# الفصل السابع: عرض النتائج ومناقشتها

1. عرض النتائج وتحليلها

2. مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات

## 1. عرض النتائج وتحليلها

نتائج البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي (قبل وبعد تطبيق العلاج) حسب مقياس الرهاب الاجتماعي وهذا ما سوف نوضحه في الجدول التالي:

التجنب	القلق	القياس القبلي	مراحل القياس
86 درجة	86 درجة		القياس البعدي
50 درجة	56 درجة		بعد تطبيق العلاج

الجدول رقم 7 يبين النتائج المتحصل عليها من خلال مقياس الرهاب الاجتماعي ليبowitz (Liebowitz).

\* المرحلة الأولى قبل البدء في تنفيذ البرنامج: أظهرت النتائج على حصول المفحوصة على درجة 86 حسب تقديره لشدة الرهاب الاجتماعي على مقياس الرهاب الاجتماعي.

\* المرحلة الثانية بعد الانتهاء من تنفيذ البرنامج: أظهرت النتائج على درجة 56 بالنسبة للقلق فبمقارنة مع التطبيق الأول نلاحظ تراجع في درجة تقييم المفحوصة لشدة الرهاب حيث تم التحسن بـ 36 درجة وأيضا تقلص درجة التجنب بـ 30 درجة.

مما نلاحظ تحسن بعد تنفيذ البرنامج.

## 2. مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات

ومن خلال الدراسة المتمثلة في فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى الراشد التي تهدف إلى التحقق من مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الرهاب الاجتماعي لدى الراشد، قامت الباحثة بمعالجة موضوع الدراسة من خلال جانبين النظري والتطبيقي واستخدام تقنيات العلاج المعرفي السلوكي على مدى 13 جلسة علاجية بواقع جلسة واحدة في الأسبوع.

وتذكيراً بنص الفرضية الرئيسية: للعلاج المعرفي السلوكي فعالية في علاج الرهاب الاجتماعي لدى الراشد التي تجزأت منها الفرضيات الجزئية المتمثلة في:

- تكون شدة الرهاب الاجتماعي مرتفعة قبل تطبيق العلاج المعرفي السلوكي.
- تنخفض شدة الرهاب الاجتماعي بعد تطبيق العلاج المعرفي السلوكي.

فإن الحالة (ق.ف) البالغة من العمر 54 سنة التي تعمل بالمستشفى العسكري الجهوي لوهران والمقيمة بمدينة وهران والتي كانت تعاني من التوتر والقلق المستمر وعانت فترات عصبية في مراحل حياتها خاصة بعد وفاة والدها وأخوها وإحساس بعدم الاستقرار والخوف المستمر بالإضافة إلى الضغوطات التي تعانيها في العمل.

فحسب نتائج الملاحظات، المقابلات العيادية فإن الحالة ظهرت عليها بعض الأعراض النفسية وحسب مقياس الرهاب الاجتماعي ونتائج القياس القبلي التي كانت درجاتها 86 درجة فإن الحالة كانت تحمل أعراض القلق الشديد والخوف واستناداً إلى "ICD" و "DSM5" فهو راجع للخصائص الرئيسية المتمثلة في الخوف والقلق والتجنب.

وللتحقق من الفرضيات المطروحة أرادت الباحثة أن يكون الأسلوب العلاجي مع الحالة هو تطبيق تقنيات العلاج المعرفي السلوكي من (إعادة البناء المعرفي، الاسترخاء، التعريض) وذلك لمعرفة إذا ما كان ذو مفعول إيجابي في التخفيض من الرهاب الاجتماعي أولاً.

فأسفرت نتائج الدراسة الإكلينيكية عن تحقق صحة كل من:

**الفرضية الأولى:** تكون شدة الرهاب الاجتماعي مرتفعة قبل تطبيق العلاج المعرفي السلوكي وذلك من خلال توفيق الملاحظة والمقابلة واعتمادا على الأعراض والتصريحات التي أدلت بها الحالة.

ومنه نستخلص أن شدة الرهاب تكون مرتفعة قبل تطبيق العلاج المعرفي السلوكي وهذا ما يؤكد صحة الفرضية الجزئية الأولى.

**الفرضية الثانية:** تتخفض شدة الرهاب الاجتماعي بعد تطبيق العلاج المعرفي السلوكي وذلك اعتمادا على النتائج التي أظهرها كل من القياس القبلي والبعدي فيما يخص درجة الرهاب الاجتماعي.

حيث سجلنا درجة 86 قبل تطبيق العلاج وانخفضت إلى 50 درجة بعد تطبيقه فنلاحظ تحسن ملحوظ.

ومما سبق ذكره تتوصل الباحثة إلى انخفاض للأعراض الإكلينيكية للحالة وبالتالي نستنتج أن العلاج المعرفي السلوكي له أثر إيجابي في تخفيف من شدة الرهاب الاجتماعي وهذا ما يؤكد فعالية العلاج المعرفي السلوكي المعتمد عليه في هذه الدراسة وهذا ما يؤكد صحة الفرضية الجزئية الثانية.

وإن هذه النتائج المتحصل عليها في الدراسة لحالة واحدة تختلف عن نتائج العديد من الدراسات السابقة التي أظهرت نجاح العلاج المعرفي السلوكي وهناك مثلا دراسة كل من بتلر وآخرون (Betler) الذي يؤكد أنه بالرغم من إثبات العديد من الدراسات فاعلية العلاج بالتعريض وحده في علاج الرهاب الاجتماعي ووجود برامج للعلاج قائمة على التعريض فقط إلا أن (40%) من المرضى الذين يعالجون بالتعريض فقط يكونون في حاجة إلى علاج إضافي وتتفق هذه الدراسة كذلك مع دراسة سامي هاشم والذي استخدم تقنيات العلاج العقلاني الانفعالي بالإضافة إلى إعادة البناء المعرفي والواجبات المنزلية على عينة من

الطلبة ودلت النتائج على فعالية البرنامج حيث انخفضت المخاوف الاجتماعية لدى الطلبة بصورة واضحة وجوهرية بعد الجلسات.

ومنه ومما سبق ذكره كإجابة على الإشكالية الرئيسية المتمثلة: ما مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى الراشد؟ توصلت الباحثة إلى نتيجة مفادها أن العلاج المعرفي السلوكي له أثر إيجابي وفعال في تخفيض من شدة الرهاب الاجتماعي لدى الراشد وبالتالي يمكن القول أن الفرضية الرئيسية قد تحققت وهذا ما يؤكد صحتها.

خاتمة

لقد مست هذه الدراسة فئة الراشد الذي يمثل استثمارا بالنسبة للمجتمع حيث عمدت الباحثة إلى الكشف عن ظاهرة مرضية شدد انتباه الباحثين إليها في العقود الأخيرة والتي تمثل خطرا على الصحة العامة للفرد وهي الرهاب الاجتماعي ومن هنا تكتسي هذه الدراسة أهميتها كونها تمثل جهدا علاجي وعلاج فئة الراشد من هذا الاضطراب ومساعدته على تأكيد ذاته والنجاح في علاقاته الشخصية.

### التوصيات والاقتراحات:

- إجراء دراسات ممثلة على فئة الذكور مرتفعي الرهاب الاجتماعي.
- إجراء مسح عام لقياس مدى انتشار اضطراب الرهاب الاجتماعي بين الراشدين وغيرهم.
- إجراء دراسات يتم من خلالها المقارنة بين أسلوبين أو أكثر من العلاجات.
- إجراء دراسات على عينات أخرى غير الراشدين وعينات إكلينيكية.

# قائمة المصادر والمراجع

### I. المراجع العربية:

1. إبراهيم سليمان عبد الواحد يوسف (2012)، قراءات في علم النفس الشخصية، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، ط1، القاهرة.
2. إبراهيم الصيخان إبراهيم (2010)، علم النفس الشخصية، دار الفكر للنشر والتوزيع، القاهرة.
3. أنسام مصطفى السيد بظاظو (2012)، برنامج علاجي لتخفيف اكتئاب ما بعد صدمتي الوفاة والطلاق لدى الأطفال، المكتب الجامعي الحديث، القاهرة.
4. أنسام مصطفى السيد بظاظو (2011)، برنامج علاجي لتخفيف من حدة اضطراب النرجسية، المكتب الجامعي الحديث، القاهرة.
5. أسامة فاروق مصطفى (2012)، مدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية، دار الميسرة للنشر والتوزيع، عمان.
6. السيد عثمان (2001)، القلق وإدارة الضغوط النفسية، دار الفكر العربي، ط2، القاهرة.
7. أمال باظة (1999)، بحوث وقراءات في الصحة النفسية، الأنجلو مصرية، القاهرة.
8. أصاني عبد المقصود (2007)، مقياس القلق الاجتماعي للمراهقين والشباب، الأنجلو مصرية، القاهرة.
9. أحمد عكاشة (1998)، الطب النفسي المعاصر، المكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة.
10. بطرس حافظ بطرس (2010)، الاضطرابات النفسية المرضية، دار الفكر ناشرون وموزعون، ط1، عمان.
11. حسين فايد (2004)، علم النفس المرضي السيكوباتي، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، ط1، القاهرة.
12. حسين علي فايد (2002)، العلاج النفسي، مؤسسة للنشر والتوزيع، القاهرة.
13. الريموي (2016)، علم النفس التطوري، دار الفكر، عمان.

14. حسين فاتح حسين (2015)، علم النفس المرضي والعلاج النفسي، مركز ديونو لتعليم التفكير، ط2، الأردن.
15. أنور حمادي (2014)، معايير DSM5 إعداد وتوزيع جهاد محمد حمد.
16. حسان المالح (1995)، علم النفس المرضي، حورس الدولية، الإسكندرية.
17. عبد المنعم عبد القادر الميلادي (2004)، سيكولوجية المراهق، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية.
18. عبد العزيز القوصي (2002)، مخاوف الأطفال، المكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة.
19. عبد الستار إبراهيم (1983)، علم النفس الإكلينيكي، الأنجلو مصرية، القاهرة.
20. عواطف بكر عبد الوهاب (1980)، اختبار خوف الأطفال، كلية الجامعة، مصر.
21. ستيهان ديفيد (1989)، الفلق، ترجمة عزت شعلان، سلسلة عالم المعرفة، الكويت.
22. روبرت ليهي (2006)، العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية (ترجمة جمعة يوسف محمد الصبوة، دار إتراك، القاهرة).
23. محمد قاسم عبد الله (2012)، مدخل إلى الصحة النفسية، دار الفكر ناشرون وموزعون، ط1، عمان.
24. محمد محروس الشاوي ومحمد السيد عبد الرحمان (1998)، العلاج السلوكي الحديث، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
25. محمد حجار (2004)، تشخيص الأمراض النفسية، دار النفائس، دمشق.
26. محمد الدسوقي (2004)، مقياس الرهاب الاجتماعي، الأنجلو مصرية، القاهرة.
27. محمد أحمد الفضل الخاني (2006)، المرشد إلى فحص المريض النفساني، منشورات الحلبي الحقوقية، ط1، لبنان.

## قائمة المصادر والمراجع

28. عادل عبد الله محمد (2000)، العلاج المعرفي السلوكي أسمى وتطبيقات، دار الرشد، ط1، القاهرة.
29. حامد بن أحمد ضيف الله الغامدي (2013)، فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في معالجة لبعض اضطرابات القلق، دار الوفاء لنديا الطباعة والنشر، ط1، الاسكندرية.
30. فؤاد البهى السيد (د.س) الأسس النفسية للنمو، دار الفكر العربي، القاهرة.
31. باسم الدحاحة، سعاد سليمان (2008)، فعالية إستراتيجية تقليل الحساسية التدريجي في خفض قلق الامتحان وتحسين مستوى التوافق النفسي لدى طلاب جامعة السلطان قابوس، مجلة ودراسات عربية في علم النفس، م. د 1، القاهرة.
32. فيصل عباس (2003)، العلاج النفسي والطريقة الفرويدية، دار المنهل اللبناني، بيروت.
33. هوفمان إس جي (2012)، العلاج المعرفي السلوكي المعاصر، ترجمة هواد عيسى، دار الفجر، القاهرة.
34. نايف القيسني (2010)، النعجم التربوي وعلم النفس، دار أسامة، المشرق الثقافي، عمان.
35. ناصر المحارب (2000)، المرشد في العلاج الاستعراضي السلوكي، دار الزهراء، الرياض.

## II. المراجع باللغة الفرنسية:

1. Bernard Granges (2005), prise en charge cognitive et comportementale d'un cas de phobie sociale, association française de thérapie cognitive et comportementale.
2. Barm R. A (1989), Psychologiyy the essential science, Allyn Bacon, London.

3. Cottraux J (2001), les thérapies comportementales et cognitive Masson, Paris.
4. Cottraux. J (1995), les thérapies comportementales et cognitive, 2eme édition, Masson, Paris.
5. Hechelman C. R et Schnien F.R (1995), diagnostic issues In Heimberg R.G et Al, (fds) social phobia : diagnostic assement and treatment, Guilford, New York.
6. Fontaine et Philippe fontaine (2007), guide de thérapie cognitives et comportementale, France.
7. Christine Misable sarnn, op cite.
8. Véron L mirabel sarron (2002), psychothérapie des phi hies, Advances in psychiatrie traitement v9 : 258-264.

### III. المقالات العلمية:

1. أحمد غزو وقاسم سمور (2012)، فاعلية برمنامجين إرشاديين في خفض أعراض اضطراب الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة السنة الأولى في جامعة اليوهوك، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلة 12، عدد 1.
2. فرنسيس شاهين وعبد الكريم جردان (2012) دراسة حول مقارنة العلاج العقلاني السلوكي بالتدريب على المهارات الاجتماعية في معالجة الرهاب الاجتماعي، مجلة النجاح للأحداث، الأردن.

### IV. الرسائل الأكاديمية:

1. بلحسيني وردة (2010-2011)، أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة الجامعة، مذكرة لنيل شهادة الدكتوراه جامعة ورقلة.

## قائمة المصادر والمراجع

---

2. محمد عبد الله أبو جعفر (2013-2014)، علم النفس النمو مركز المناهج التعليمية والبحوث التربوية للسنة الثالثة بمرحلة التعليم الثانوي، شعبة العلوم الاجتماعية ليبيا.
3. السواط وصل الله (2010)، فاعلية برنامج إرشادي سلوكي معرفي في تحسين مستوى النضج المهني مهارة اتخاذ القرار المهني لدى طلاب الصف الأول الثانوي بمحافظة الطائف، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، الرياض.

الملاحق